

博 士 論 文

介護施設職員の SOC 向上と
健康職場づくりへの健康生成論を基盤と
したプログラムの開発とその効果の検証
Improving the sense of coherence (SOC) among
Nursing Home Staff and the Creation of a
Healthy Workplace: Developing and Testing the
Results of a Program Based on Salutogenesis

2019年度

日 本 福 祉 大 学 大 学 院
福 祉 社 会 開 発 研 究 科
社 会 福 祉 学 専 攻 博 士 課 程

氏 名: 伊藤 薫

2020 年 1 月 8 日

論文要旨

学籍番号： 14DA0014

氏 名： 伊藤 薫

◆論文題目

介護施設職員の SOC 向上と健康職場づくりへの健康生成論を基盤としたプログラムの開発とその効果の検証

◆要 旨

序章：本論文の目的と構成

本研究の目的は、介護職員のストレス対処・健康生成力概念である SOC 向上をいかに促進していくのかという観点から、健康生成論的アプローチを随所で具体化し、応用したプログラムを開発する。また、その健康生成論を基盤としたプログラムの SOC への効果および SOC 向上効果発現メカニズムの解明を行う。

そこで、本研究において、介護職員に直接働きかける方法として、仕事上の困難や葛藤への対処方法を学び合う教育的アプローチ（ミクロレベル）と介護職場に働きかける方法として、介護リーダーへの健康生成的アプローチによる健康職場づくりを通じて、環境的アプローチ（メゾレベル）の 2 つのプログラムの開発とその効果の検証を行う。

【研究全体の枠組み・章立て】

本研究では、上記の 2 つのアプローチによる調査研究に関する 4 つの分析を計画・実施し、これらを含む全 7 章から構成する（図 1）。

第 1 の調査研究は、2014 年 9 月～2015 年 2 月に実施した健康生成的アプローチによる学習プログラム（教育的アプローチ）を 2 つの分析（第 2 章と第 3 章）で構成する。

第 2 の調査研究は、2017 年 1 月～2018 年 5 月に実施した介護リーダー職員への健康生成的アプローチによる健康職場づくりプログラム（環境的アプローチ）を 2 つの分析（第 4 章と第 5 章）で構成する。

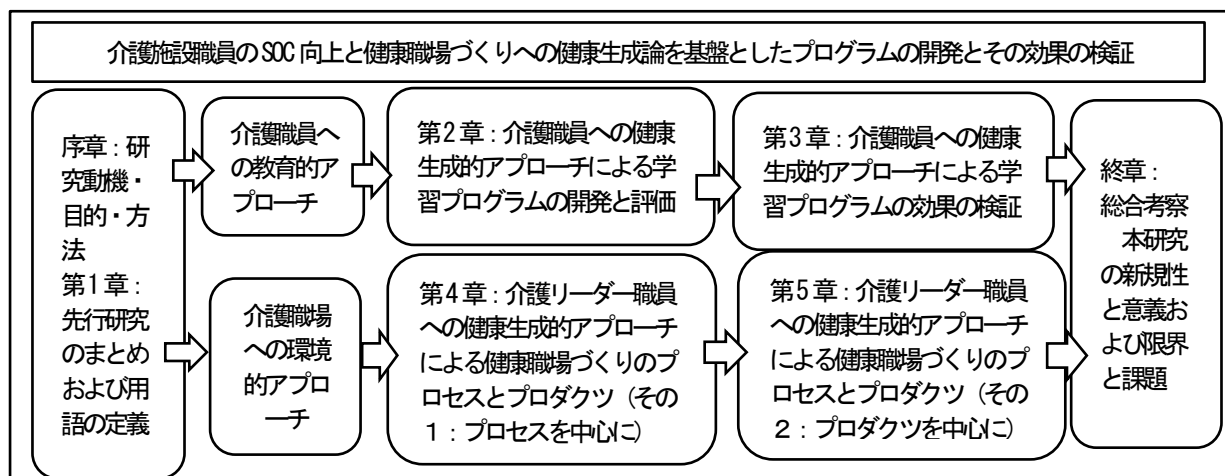


図1 本研究の構成

第1章：先行研究に関するまとめと本研究における用語の定義

介護保険施行後、介護サービスの提供量が増加し、介護サービスを担う人材に求められる質の水準も高度化していく傾向にあり、これまで以上に、介護サービスを支える人材の資質の確保・向上は重要な課題である。介護職員のメンタルヘルス研究では、スタッフ同士がお互いに協力、連携できる職場環境の構築の重要性を示している。職場とSOCおよびSOCをアウトカムとする介入研究では、SOCと職場との関連は明らかになっているが、健康生成論的な発想法やアプローチの普及は未だ充分ではなく、広範な研究と実践分野での適用が期待されている。

健康生成論とは、健康はいかにして維持、回復、あるいはつくられるのかという観点により、健康要因とそのメカニズムとその背景についての体系を新しく仮説的に示された理論である。健康職場とは、WHOの健康職場の定義の観点からは、職場内の課題を職場の中で解決できることができる職場と解釈でき、ILO（国際労働機関）の観点からは、人間としての尊厳を保てる、誇りをもって働ける職場と解釈できる。

第2章：介護職員への健康生成的アプローチによる学習プログラムの開発と評価

著者は、約10年間、介護現場のニーズに応じ、改良を重ねた介入プログラムを試行してきたプログラムを2014年以降から健康生成論を基盤とし、社会的認知理論・協同学習理論を適用した学習プログラムを開発した。プログラムの構成は、リラクゼーションと学習プログラムを組み合わせ、約90分程度で実施した。介護職員を対象に、自記式質問紙調査を行い、参加者296名に配布し、149票（有効回答率51%）の回答を得た。プロセス評価の結果、学習内容、参加者の反応、「仕事や生活で活かせるか」、「職場の良い雰囲気づくりに役立つか」等に経験年数や職種に有意差がなく、約9割が肯定的評価であった。「職場で実施したいか」について、約9割が肯定評価であり、その主な理由は、「職場の人間関係を強くするから」、「ケア内容を発展させるから」「職場の課題解決になるから」であった。なお、約1割の否定的な評価の主な理由は、「余裕がないから」「意欲が持てないから」であった。時間的な拘束なく、日常業務の中に取り入れられる健康生成的アプローチによる手法も今後検討していきたいと考えた。

第3章：介護職員への健康生成論的アプローチによる学習プログラムの効果の検証

健康生成論的アプローチによるSOCへ効果とSOC向上に関連する要因を明らかにすることを目的とした。介入方法は、第2章と同じである。プログラムの効果として、SOCは有意な向上（ $p=0.009$ ）が認められた。SOC向上に関連する要因は、介入前のリラックス感（ $p=0.001$ ）、リラックス感の向上（ $p=0.033$ ）と正の関連が認められた。よってSOC向上にリラックス感が関与することが認められた。リラックスは緊張や不安から解放された自己コントロール能力と捉えられる。SOCとリラックス感とは、ある時点の健康状態を健康へと移動する力という点で共通性がある。また、リラックス感の開放性や柔軟性は、ストレッサーに対し、自身の能力や周囲の資源の存在など汎抵抗資源GRRs（generalized resistance resources）を動員する力となると考えられた。リラックス感とは、SOC向上に

において関連が高い要因であった。

第4章：介護リーダー職員への健康生成的アプローチによる健康職場づくりのプロセスとプロダクト（その1：プロセスを中心に）

本章では、介護リーダー職員への健康職場づくり活動のプロセスおよび研究者の役割を明らかにした。研究参加者は、介護施設で働くリーダー職員 20 名であった。研究期間は、2017 年 1 月から 2018 年 1 月までの約 1 年間であった。健康職場づくりのプロセスは、「第 1 期：リーダー職員の課題解決のためのアクション（1～3 段階）」を経て、「第 2 期：職場の課題解決のためのアクション（4～6 段階）」へ移行した。研究者の役割は、第 1 期は課題解決につながる当事者同士の学び合いの場をつくることであった。第 2 期は、健康生成的アプローチによる職場づくりを開始する場をつくることであった。

第5章：介護リーダー職員へ健康生成的アプローチによる健康職場づくりのプロセスとプロダクト（その2：プロダクトを中心に）

介護リーダー職員を対象とした健康職場づくりプログラムの効果を明らかにした。研修会の評価は、概ね約 8 割～9 割が肯定的評価であった。プログラムの効果は、t0 から t1 への SOC の変化は、有意差はなかった（ $p=0.089$ ）が、2.08 点の上昇があった。肯定的変化感 PPCt2 の高低別による SOC 向上効果について、介入直後では、PPC 低群の SOC は 52.43（5.50）であり、PPC 高群の SOC は 56.17（3.66）で有意な交互作用効果（ $p=0.097$ ）は認められなかった。しかし、介入 3 カ月後では、PPC 低群の SOC は 47.29（4.46）で、PPCt2 高群の SOC は 60.00（9.96）であり、有意な交互作用効果（ $p=0.024$ ）が認められていた。SOC 向上効果発現メカニズムの解明として、肯定的変化感 PPC により、SOC 向上において関連が高い要因であることが認められた。

終章 総合考察

健康生成論および SOC 研究への新規性および寄与について、3 点にまとめる。まず、第 1 点は、SOC 効果発現メカニズムとして、リラックス感や肯定的変化感 PPC と正の関連を示したことである。第 2 点は、アントノフスキーの提唱した健康生成論的アプローチは、抽象的なレベルでの記述であったが、健康生成論的アプローチを具体化した我が国では初めての研究と言える。第 3 点は、健康生成論に元々はらんでいたと考えられる概念であるエンパワメント、参加・協同、モデリング等の概念を統合的に取り入れた初めての研究と言える。

本研究の限界と課題は、第 1 研究では、プログラムの評価項目については、具体的な改善にむけた評価項目の追加が必要である。健康生成的アプローチによる学習は、職場での再現性について追跡調査やインタビューなどを実施していきたい。また、内容についても、対象や場所に応じた手法を適宜適切に、選択できるようにプログラム内容の工夫を更に検討したい。第 2 研究では、1 法人内の介護保険施設を対象に行われたものである。今後は特性の異なる地域や施設でも、同様に実施し、本プログラムで得られた知見が適応可能か検討していく必要がある。研修会に参加したリーダー職員のみでなく、介護職員への影響も今後は評価していきたい。

Abstract of Doctoral Dissertation

Surname, First name : Ito Kaoru

【Title】

Improving the sense of coherence (SOC) among Nursing Home Staff and the Creation of a Healthy Workplace: Developing and Testing the Results of a Program Based on Salutogenesis

【Abstract】

Introduction: Aims and Structure of Thesis.

The aim of this research is to clarify, in concrete terms, how a salutogenic approach might be used to assist nursing home staff and develop programs which make use of these findings. There are two dimensions of nursing work which I have focused on for this purpose. First is the workplace itself, and the stress experienced by nursing staff. Secondly, there is the SOC of the nursing staff, which is a concept which expresses the capacity for salutogenesis. I also sought to shed light on how effective programs based on salutogenic principles may be developed for improving SOC, as well as the mechanism by which the SOC improvement is actually manifested. The first program takes an educational approach and aims at directly assisting nursing staff in learning how to deal with the kinds of difficulties and conflicts that may arise during the course of their work. The second program takes an environmental approach, and aims at effecting change in the workplace itself.

Overall Structure of the Research and Order of Chapters

The approaches, analyses, and findings are explained over a total of seven chapters, including the introduction and conclusion (see Diagram 1). The first phase of this scientific research relates to the educational approach, and comprises two stages of analysis (constituting Ch2&3) that target a learning program developed according to salutogenic principles. The second phase of this scientific research relates to the environmental approach. It comprised two stages of analysis (constituting Ch4&5) that target a program for creating a healthy workplace by means of a salutogenic approach for nursing leaders.

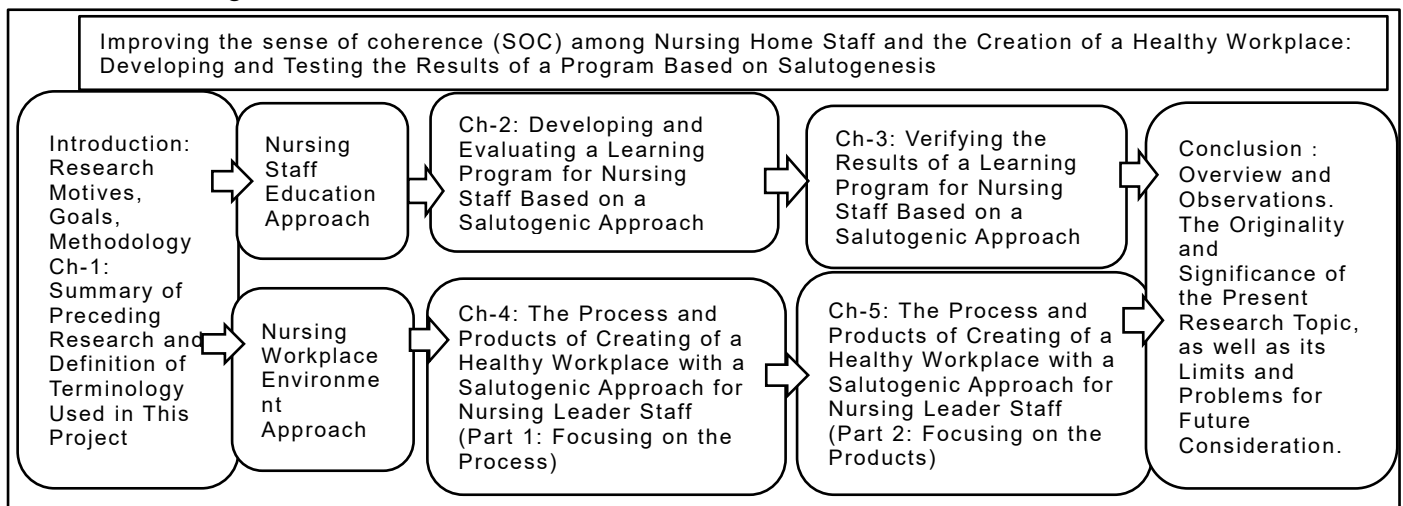


Figure 1. Dissertation organization

The research on the mental health of nursing staff has shown the importance of building a workplace where staff are able to cooperate with and assist each other. While the connection between SOC and the workplace has been clarified by intervention studies, ways of thinking and approaches based on salutogenic approaches have still not been adequately disseminated within the sector at large. However, this does mean that we may look forward to extensive research and practical application in the field over the coming years.

Chapter 2: Developing and Evaluating a Learning Program for Nursing Staff Based on a Salutogenic Approach

Over a period of some ten years, I have tested intervention programs that include numerous reforms, in an effort to meet the needs of nursing homes. Building on this experience, from 2014 onwards, I have taken the theory of salutogenesis as a basis for developing a learning program that applies social cognitive theory and cooperative learning theory. For the evaluation, the participants were able to offer their opinion on the learning contents by responding to questions such as “Do you think the skills learned in this program will be helpful in your work or life?” or “Do you think it will be of help in creating a better environment at your workplace?” Approximately 90% of the participants gave a positive evaluation, with the participant’s years of experience or occupation leading to no statistically significant difference.

Chapter 3: Verifying the Results of a Learning Program for Nursing Staff Based on a Salutogenic Approach

The goal in this chapter is to outline my attempt at clarifying what kinds of effects a salutogenic approach might have on SOC, and what primary factors correlate to the improvement of SOC. The intervention method is the same as the one introduced in chapter two. The program had a statistically significant effect on improving SOC ($p=0.009$). For the primary factors correlated to an improvement in SOC, I found a positive correlation to feeling relaxed prior to the commencement of the intervention ($p=0.001$), and also a positive correlation with a further improvement in feeling relaxed ($p=0.033$). This shows that feeling relaxed is associated with SOC improvement. Here, feeling relaxed is understood more specifically as the capacity for self-control one has when released from tension or unease. SOC and feeling relaxed have a commonality, with respect to the ability to have a state of health from a specific point in time contribute towards a person’s general wellbeing. Further, the openness and flexibility attendant to feeling relaxed is also understood here as representing the power to mobilize GRRs (generalized resistance resources), such as one’s own abilities and surrounding resources, in order to combat stressors.

Chapter 4: The Process and Products of Creating a Healthy Workplace with a Salutogenic Approach for Nursing Leader Staff (Part 1: Focusing on the Process).

In this chapter, I clarify the process by which the creation of a healthy workplace can be fostered by nursing leader staff, as well as the role of the researcher. Research participants included 20 people with positions of leaderships. The prescribed process for creating a healthy workplace was divided into two phases: No1, “Actions for Leaders in Resolving Problems; and No2, “Actions for Resolving Problems in the Workplace. For phase 1, the role of the researcher was to create a space where those who could help to bring about the resolution of problems were able to learn from each other. For phase 2, the research was responsible for creating a pace where individuals could begin to improve their workplace via a salutogenic approach.

Chapter 5: The Process and Products of Creating of a Healthy Workplace with a Salutogenic Approach for Nursing Leader Staff (Part 2: Focusing on the Products).

In this chapter, I clarify the effect of the program for creating a healthy workplace which targets nursing leader staff. Generally, around 80-90% of the participants gave a favorable evaluation of the workshop. With respect to the program effect, the SOC changed positively by 2.08 points from t0 to t1, however this was not statistically significant ($p=0.089$). The intervention had a statistically significant positive correlation with workplace assertion behavior. Directly after the intervention (t1), I recorded an average of 7.85 points ($p=0.021$). Three months after the intervention (t2) the average stood at 14.54 points ($p=0.003$). Workplace assertion behavior was also positively correlated with all evaluative indexes, including SOC, passive positive change, and self-evaluation indexes for service quality.

Conclusion: Overview and Observations

In the conclusion, I draw attention to main points with respect to the originality and significance that this research has for salutogenic theory and SOC research. First, I outline how the research has identified two mechanisms for effect production with positive correlation in the case of SOC; these are the feeling of relaxation prior to intervention ($p=0.001$), and the improvement of the feeling of relaxation ($p=0.033$). Second, I note that while we may find abstract writing on the salutogenic approach, this is arguably the first case of research in Japan to concretely employ this approach.

I also discuss some of the limits of my research project, as well as problems for future consideration. For the first phase of this research, the options for evaluating the program need to be supplemented with more items that relate to what specific areas might be improved upon. With respect to learning in accordance with a salutogenic approach, I would like to carry out follow-up surveys and interviews on how well the methods learned could be reproduced in the workplace.

目次

序章 本研究の目的と構成

第1節 本研究の目的と課題

1. 本研究の動機と目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
2. 本研究の目的と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
3. 研究全体の枠組み・章立て・・・・・・・・・・・・・・・・2

第2節 研究方法と分析枠組み

1. 研究方法と分析枠組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

第1章 先行研究のまとめおよび用語の定義

第1節 介護職員の労働の実態と政策的背景・・・・・・・・・・6

第2節 介護職員のメンタルヘルス研究およびメンタルヘルス介入研究の概観・・・・・・・・7

1. 介護職員のメンタルヘルス研究の概観・・・・・・・・7
2. 介護職員のメンタルヘルス介入研究の概観・・・・・・・・8

第3節 職場とSOC およびSOC をアウトカムとする介入研究の概観

1. 職場環境とSOC の形成・発達に関連するアントノフスキーの提唱と研究の概観・9
2. SOC をアウトカムする介入研究の概観
(1) 海外でのSOC 向上においてエビデンスが得られているプログラムの動向・・・・10
(2) 国内でのSOC 向上においてエビデンスが得られているプログラムの動向・・・・11

第3節 本研究における用語の定義および解説・・・・・・・・14

第2章 介護施設職員への健康生成論的アプローチによる学習プログラムの開発と評価

第1節 目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21

第2節 方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21

1. 学習プログラムの開発に至るまでの過程・・・・・・・・21
2. 学習プログラムに適用した理論の特徴と理由・・・・・・・・21
3. 開発した学習プログラムの評価
(1) 学習プロセス評価の対象者とリクルート方法・・・・・・・・26
(2) 研究デザイン・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
(3) 調査項目・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
(4) 介入内容と調査方法・・・・・・・・・・・・・・・・27
(5) 調査期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
(6) 解析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
(7) 倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・・・28

第3節 結果

1. 開発した学習プログラム

- (1) 学習プログラムの特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・28

(2) 健康生成的協同学習プログラムへの適用	44
2. 学習プログラムの目的・目標	44
3. 学習プログラムの評価	
(1) 参加者の属性	45
(2) 学習プログラムの評価結果	45
第4節 考察	
1. 開発した学習プログラムについて	50
2. 学習プログラムの評価について	50
第5節 小活	51

第3章 介護施設職員への健康生成論的アプローチによる学習プログラムの効果の検証

第1節 目的	53
第2節 方法	53
1. 参加者と調査手順	53
2. プログラム内容	53
3. 調査項目	53
4. 統計解析	55
5. 倫理的配慮	55
第3節 結果	
1. 参加者の属性および SOCt0 の状況	55
2. プログラムの介入による SOC、リラクセス感、アサーション行動の変化	56
3. SOCt1-t0 と属性、リラクセス感、アサーション行動との関連について	57
第4節 考察	
1. 介護職員の SOCt0 の状況について	57
2. 介護職員の SOC 向上効果をもたらしたプログラムの内容について	58
3. 健康生成モデルの SOC の形成・強化とリラクセス感との関連について	58
第5節 小活	59

第4章 介護リーダー職員への健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセスとプロダクト（その1：プロセスを中心に）

第1節：目的	62
第2節：対象と方法	
1. 対象地域と対象者	62
2. 研究デザイン	63

3. データ収集期間	63
4. データ収集方法	63
5. 分析方法	63
6. 倫理的配慮	64
第3節：結果	
1. 健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセス	64
(1) 第1期：リーダー職員の課題解決のためのアクション	
1) 1 段階：リーダー職員の背景とニーズの理解	64
2) 2 段階：健康職場づくり研修会の計画作成	67
3) 3 段階：健康職場づくり研修会の実施と評価	69
(2) 第2期：職場環境の課題解決へのアクション	
1) 4 段階：健康職場づくりアンケートの実施	72
2) 5 段階：健康職場づくりアセスメントと健康職場づくり計画の作成	75
3) 6 段階：健康職場づくり計画発表会と活動の開始	77
2. 健康職場づくりをめざしたプロセスにおける研究者の役割	80
第4節 考察	
1. 介護職員の SOC 向上と健康職場づくりのプロセス	80
2. 健康職場づくりへの研究者の役割	82
第5節 小活	83
第5章 介護リーダー職員への健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセスとプロダクト（その2：プロダクトを中心に）	
第1節 目的	86
第2節 対象と方法	86
1. 対象地域と対象者	86
2. データ収集期間	86
4. 研究参加者	86
5. 介入方法	86
6. 評価方法	86
7. 評価指標	86
(1) 健康職場づくり研修会の評価指標	86
(2) プログラム参加の効果指標	87
1) 肯定的変化感 PPC 尺度	87

2) SOC 尺度	87
3) 職場アサーション尺度	88
4) サービスの質の自己評価尺度	88
5) 協同作業認識尺度	89
3) 共変量	89
8. 分析方法	89
9. 倫理的配慮	90
第3節 結果	
1. 分析対象者およびその属性	90
2. 健康職場づくり研修会の評価	91
3. 健康職場づくりプログラムの効果評価	92
(1) SOC および効果指標の変化について	92
(2) 介入 3 か月後の各評価指標の相関関係について	92
(3) 肯定的変化感 PPC の変化について	93
(4) 肯定的変化感 PPC の高低群別 SOC の変化について	94
第4節 考察	
1. 介護職員の SOC の状況について	94
2. 健康職場づくり研修会の評価および SOC への効果について	94
3. 健康生成モデルの SOC の形成・強化と肯定的変化感 PPC の関連について	95
第5節 小活	96
終章 総合考察	
第1節 本研究の新規性と意義について	98
第2節 介護職員の SOC 向上および健康職場づくりへの提言	100
第3節 本研究の限界と展望	
1. 本研究の限界と課題	101
2. 今後の展望	102
謝辞	104
資料 (質問紙)	105

序章 本研究の目的と構成

第1節 本研究の目的と課題

1. 本研究の動機と目的

著者は、介護事故や施設内虐待の対応、人間関係の複雑さやそれに伴う離職、人員不足など介護職員のストレスフルな現状^{1)~3)}に対し、行政保健師として相談支援活動を行っていた。その経緯から、介護施設職員（以下、介護職員）の健康、メンタルヘルスについての講義や研修について依頼を受け、ストレス要因の除去やストレスへの予防策の知識を学ぶ講義や参加者の労をねぎらうためのリラクゼーションや現場の課題解決を目指すグループワークを行うなど暗中模索の中で試行錯誤していた。

その後、山崎らが主催する全国 SOC 研究に参加する機会を得て、多様な分野で健康生成論を活かした研究が取り組まれていることを知り、研究の開始となった。

健康生成論とは、従来の医学が、疾病の発生・増悪の原因となるリスクファクター（危険要因）を除去しようとするアプローチであるのに反し 180 度違う観点から、健康はいかにして維持、回復、あるいはつくられるのかという観点により、健康要因とそのメカニズムとその背景についての体系を新しく仮説的に示された理論である。また、健康生成論の中核概念であるストレス対処・健康生成力概念 Sence of Coherence（以下、SOC）は次のように定義される。SOC はストレスフルな出来事や状況に直面させられても、その人の内外にある対処資源を動員し、適切に対処することを通じて、心身の健康を守るばかりでなく、それらを発達・成長の糧にし、その後を健康で生き生きと明るく前向きに生きていくことを可能にする力の源と示される⁴⁾。介護職場にあるストレス要因の除去やストレスへの予防策の知識を学ぶ講義中心の研修スタイルから、介護職員の内外にある知識や技術等の職場環境の中にある対処資源を動員しやすい職場、健康生成的な職場環境づくりを支援することを通じて、介護職員の SOC 向上、つまり、メンタルヘルスの向上支援に繋がられるのではないかと発想の転換を図った。

この健康生成論⁵⁾やヘルスプロモーション理論⁶⁾の発想から、介護職員のストレスフルな現状に対し、介護職員が生き生きと働けるためには、職場内での対話が活発に行われ、介護職員が職場内の課題解決ができる、職場環境づくりへのアプローチが必要であると考えた。介護職員のストレス対処・健康生成力 SOC の向上支援するためには、介護職員のストレス要因を見つけ、そのリスクを縮小・消滅させることは当然求められる。しかし、そのアプローチ以上に、介護職員が介護への知識・ケア技術の向上や職場の仲間からの支援、職場環境の改善により、ストレスを適切に対処できる健康な職場づくりを行う健康生成論的アプローチ⁴⁾が求められる。また、健康生成論の仮説によれば、葛藤や困難があっても、職場の中で適切に対処資源を動員できる職場環境は、健康で生き生きと明るく前向きに生きてい

くことを可能にする力である SOC 向上支援に繋がると考える。そこで、本研究において、介護職員が職場内で実行可能な健康生成論的アプローチによるプログラムを介護職員の視点や経験を活かして開発し、介護職員が再現しやすい形で示し、その効果を評価し、介護現場が取り組みたいと考えるプログラムとしてまとめたいと考えた。

2. 本研究の目的と課題

本研究の目的は、介護職員のストレス対処・健康生成力概念である SOC 向上をいかに促進していくのかという観点から、健康生成的アプローチによりプログラムを開発し、効果および SOC 向上効果発現メカニズムの解明を行う。それらから、SOC 向上が期待できる臨床的応用方法について考察する。そのために、介護職員を対象とした量的調査および質的調査を用いる。上述した本研究の目的を達成するためには、アントノフスキーの原著⁷⁾においても示されるように、働く人に直接働きかける方法と、働く人の労働環境に働きかける方法がある。そこで、本研究において、介護職員に直接働きかける方法として、仕事上の困難や葛藤への対処方法を学び合う教育的アプローチ（マイクロレベル）の開発およびその効果の検証を行う。また、労働環境に働きかける方法として、介護リーダーへの健康生成的アプローチによる健康職場づくりへの実践活動を通じて、環境的アプローチ（メゾレベル）のプロセスおよびその効果の検証を行う。

3. 研究全体の枠組み・章立て

本研究では、上記の2つのアプローチによる2つの調査研究に関する4つの分析を計画・実施し、これらを含む全7章から構成する（図1）。

第1の調査研究は、第2章と第3章において、2014年9月～2015年2月に実施した健康生成論的アプローチによる学習プログラムの開発とその効果の検証を行う。まず、第2章では、健康生成論的アプローチによる学習プログラムの構成とその進行を明らかにする。また、その評価を質問紙調査による量的データと質的データを組み合わせた混合研究法を用いて行う。第3章では、健康生成論的アプローチによる学習プログラムの効果の検証と SOC 向上への媒介要因の検証を行う。

第2の調査研究は、第4章と第5章において、2017年1月～2018年5月に実施した介護リーダー職員による健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセスとその効果を検証する。まず、第4章では、健康職場づくりのプロセスを中心に検証し、続いて第5章では、健康職場づくりの効果を検証する。

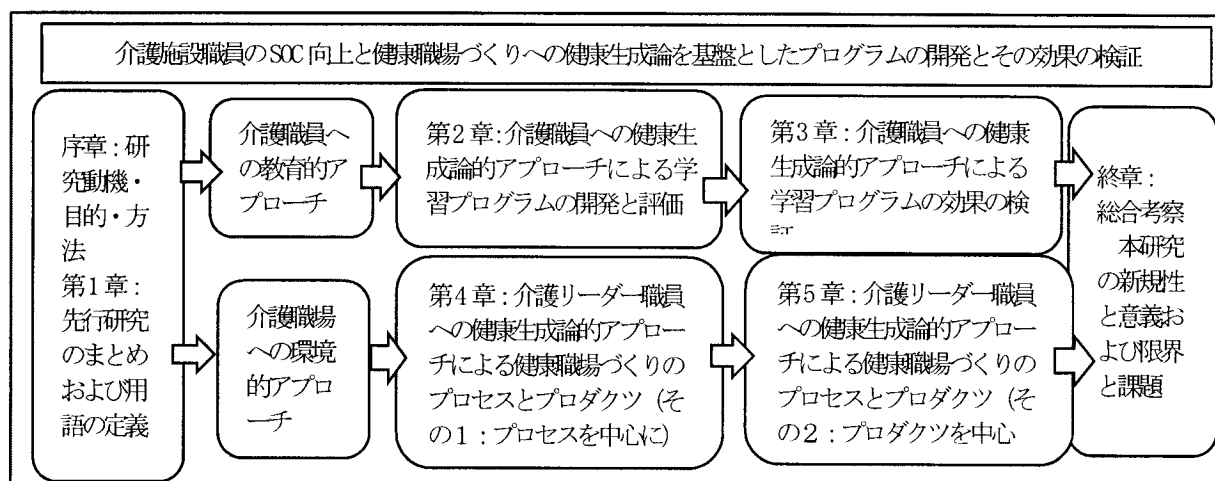


図1 本研究の構成

第2節 研究方法と分析枠組み

1. 研究方法と分析枠組み

本研究は、上記の2つの研究課題を達成するために、2つの調査に関する4つの分析を計画・実施している。そしてこれらを含む全7章（序章と終章を含む）から構成されている。

研究方法と分析枠組みを表1に示した。

第1章において、先行研究の外観および本研究の用語に定義を行う。第2章において、健康生成論を基盤とし、社会的認知理論・協同学習理論を適用した健康生成論的協同学習プログラムを開発し、その評価を行う。第3章において、開発した健康生成論的協同学習プログラムのSOC向上への有効性を評価し、SOC向上に関連する要因を明らかにする。

第4章において、介護職員の健康職場づくりプロセスと研究者の役割を明らかにする。

第5章において、介護職員の健康職場づくりによるSOC、肯定的変化感PPCへの効果およびSOC向上と肯定的変化感PPCとの関連を明らかにする。

表1 本研究の分析枠組み

研究章	研究1-分析1 第2章	研究1-分析2 第3章	研究2-分析1 第4章	研究2-分析2 第5章
分析対象	A県内6カ所の介護施設において、開催したストレス対処プログラムに参加した149名		C社会福祉法人内事業所のリーダー職員20名	第4章の研究に参加した20名のうち、3回の調査に参加した13名
研究目的	介護職員を対象とする健康生成的アプローチによる学習プログラムの構成と進行とそのプログラムの評価を明らかにすること。	介護職員への健康生成的アプローチによる学習プログラムのSOC向上効果発現メカニズムの探索を行うこと。	介護リーダー職員と研究者が取り組んだ健康生成論的アプローチによる介護施設の健康職場づくりに向けたアクションのプロセスとプロセスの中で研究者が担った役割について明らかにすること。	介護リーダー職員と研究者が取り組んだ健康生成論的アプローチによる介護施設の健康職場づくりのSOCへの効果を検証することを目指す。同時にSOC向上効果発現メカニズムの探索を行うこと。
調査方法	参加観察 質問紙調査	質問紙調査	参加観察 質問紙調査	質問紙調査
介入方法	健康生成論を基盤に開発した介護職員の日常的な困難への対処を学ぶ健康生成論的アプローチによる学習プログラムを1回実施した。その内容は、①集団での介入であること、②類似した背景や経験を持つ者同士で構成すること、③日常的な課題への対処を探ること等で構成した。		リーダー職員対象の健康職場づくり研修会の開催の計画準備のための4回と健康職場づくり研修会6回とで構成される、約1年間の実践型プログラムであった。研究者は参加者個々が、健康職場づくりを推進していくことを支援・促進する役割を担い、研修会・個別学習支援を通して、参加者に関与した。	
結果	本研究を開始する約10年前から改良を重ねていた学習プログラムへ健康生成論やヘルスプロモーションの発想から、改善・深化させた。まず、健康生成志向を職場や仕事への見方・捉え方などに活かした。社会的認知理論・エンパワメント理論により、学習から期待できることについて、参加者への説明が可能になった。また、学習プログラムの進め方について協同学習理論を活かした。 プログラムの評価は、経験年数や職種に有意差なく「高齢者ケアに役立つ」「職場の雰囲気づくりになる」「職員のストレス対処力につながる」など9割以上から肯定的な回答が得られた。	プログラム介入により、対応のあるt検定の結果、SOC ($p=0.009$)、リラクセス感 ($p<0.001$)、アサーション行動 ($p<0.001$) で、共に有意な向上が認められた。 SOC向上に関連する要因の探索の結果、介入前のリラクセス感 ($p=0.001$)、リラクセス感の向上 ($p=0.033$) と正の関連が認められた。	健康職場づくりに向けたアクションのプロセスは、「第1期：リーダー職員の課題解決のためのアクション」を経て、「第2期：職場環境の課題解決のためのアクション」へ移行した。 研究者の役割は、第1期は、リーダーの課題解決につながる当事者同士の学び合いの場を創ること、第2期は、リーダーが健康生成的アプローチによる職場づくりを開始する場を創ることであった。	介入によるSOCの推移は、ベースラインに比較し、介入直後は2.08点の上昇があったが有意な差ではなかった ($p=0.089$)。 SOC向上効果について、介入直後では、PPC低群のSOCは52.43 (5.50) であり、PPC高群のSOCは56.17 (3.66) で有意な交互作用効果 ($p=0.097$) は認められなかった。介入3カ月後では、PPC低群のSOCは47.29 (4.46) で、PPC高群のSOCは60.00 (9.96) であり、有意な交互作用効果 ($p=0.024$) が認められていた。

【序章 参考・引用文献】

- 1) 日本能率協会総合研究所：平成 25 年度老人保健健康増進事業「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方及び既存研修のあり方に関する調査研究」事業報告書．日本能率協会総合研究所，東京（2015）
- 2) 厚生労働省．政策レポート福祉・介護人材確保対策について
(<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/09.html>, 2016. 4. 19)
- 3) 介護労働安定センター．平成 27 年度介護労働実態調査結果
(http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h27_chousa_kekka.pdf, 2016. 8. 15)
- 4) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子：健康生成力 SOC—健康を生成し健康に生きる力とその応用、初版、50-54、有信堂、東京、(2019)
- 5) Antonovsky A: *Unraveling the mystery of health How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco (1987)
山崎喜比古・吉井清子（監訳）：健康の謎を解く ストレス対処と健康のメカニズム、初版、1-29、有信堂．東京．2001
- 6) Kickbush, I. , : “Tribute to Aaron Antonovsky-What create health” ,Health Promotion International 11(1):5-6 (1996)
- 7) Antonovsky, A. : *Health , Stress ,and Coping : New perspective on mental and physical well-being*: Jossey-Bass Publishers San Francisco (1979)

第1章 先行研究のまとめ

第1節 介護職員の労働の実態と政策的背景

我が国は2018年度には、高齢化率は28.1%となり、超高齢化社会を迎えている。世界の高齢化を概観すれば、2015年における米国の高齢化率は14.6%、中国は9.7%、韓国は13.0%であり、他国とも比し、あきらかに高齢化されていることがわかる。我が国は、世界のどの国も体験したことのない高齢社会を迎えている¹⁾。また、社会保障給付費のうち、高齢者関係給付費について、平成27(2015)年度は77兆6,386億円、社会保障給付費に占める割合は67.6%と高齢者関係の給付負担が大半を占める。

厚生労働省の平成29年度(2017)年度介護保険事業状況報告により、介護保険サービスの利用者(1か月あたりの平均)は、居宅サービス376万人(前年度より3.7%増)、地域密着型サービス83.4万人(前年度より8.3%増)、施設サービス93万人であると報告されており、前年度と比較し、介護老人施設1.0万人(1.9%)増、介護老人保健施設0.3万人(0.9%)増、介護療養型医療施設0.5万人(9.7%)増となっている²⁾。

その重要な介護サービスを支えているのは、介護職である。しかしながら、介護職の離職率の高さは社会的にも問題になっている。

平成30年度の介護労働安定センターの介護職の実態調査³⁾によれば、介護職員の離職率は、15.4%であり、勤続年数ごとの離職者の割合は、勤続年数1年未満が38.0%、勤続年数1年以上3年未満が26.2%であり、離職者の内64.2%が勤続年数3年未満であった。また、現在の法人に就職した理由として、「働きがいのある仕事だから」49.3%、「資格・技能が活かせるから」35.5%、で、約4割は仕事内容を肯定的に捉え就職の動機としていた。しかしながら離職の理由として、「職場の人間関係に問題があった」22.7%、「事業所の理念・運営のあり方に不満」16.5%が職場の葛藤を理由に離職している。介護職員が頻繁に入れ替わる状態にあるにもかかわらず、各個人が提供するサービスは常に専門性が要求される。つまりこのような矛盾した状況から介護職員の精神的負担は大きいと推測される。

そのため、早期離職や定着促進のための方策としては、「職場内の仕事上のコミュニケーションの円滑化を図っている」62.3%となっているため、コミュニケーションの円滑化を図る体制をとっている。そのスタッフへの体制としては、過去1年間の教育・研修では、「介護技術・知識」78.4%、安全対策(事故時の応急措置等)64.1%、接遇・マナー63.2%など、各施設内での取り組みがなされている。

高齢者介護研究会が策定した「2015年の高齢者介護」⁴⁾では、「介護サービスは、基本的には人が人に対して提供するサービスである。従って、介護サービスを支える人材が介護サービスの質を左右する鍵であると言って過言ではない。介護保険施行後、サービスの提供量が増加し、また、ユニットケアの普及などにより介護サービスを担う人材に求められる質の

水準も高度化していく傾向にあり、これまで以上に、介護サービスを支える人材の資質の確保・向上は重要な課題である。」と指摘している。さらに、「介護サービスの提供に当たる職員については、優秀な人材を確保し、また育成していくことが求められる。このためには、介護現場に高い魅力を持たせること、適時適切な教育研修の体系化とそれを受ける機会の確保、スキル向上の仕組み、従業者としての要件化などを図るべきである。例えば、現場で介護に従事する者が、教育研修の場で学んだ知識を現場での実践に生かし、かつ、現場の実践を理論の発展に生かすことができるような環境の整備も重要である。」と提言している。また、人材の育成に当たっては、単に知識が豊富なだけではなく、介護が高齢者を対象とする対人サービスであることから、「人と共感できる豊かな人間性を備え、介護の本質的な理念を体得できるような人材を育てていくように配慮しなければならない。」と指摘している。

厚生労働省が発表している介護人材確保等のための主な対策として、「働きながら資格を取る介護雇用プログラム」、「介護福祉士等修学資金貸付事業」、「介護福祉士養成のための離職者訓練」、「キャリア形成促進助成金」、「福祉・介護人材参入促進事業」、「潜在的有資格者等再修業促進事業」、「福祉・介護人材マッチング機能強化事業」、「福祉・介護人材キャリアパス支援事業」、「福祉・介護人材確保対策連携強化事業」が取り組まれている。

人材不足でより有資格者を増やし、介護現場で働ける人材を増加させる取り組みは充実を図られているが、実際に働く現場をより安定していくものは、職場内の研修や職場外での研修に頼らざるを得ない状況である⁵⁾。

第2節：介護職員のメンタルヘルス研究およびメンタルヘルス介入研究の概観

1. 介護職員のメンタルヘルス研究の概観

急速な高齢化を背景に、2000年に始まった介護保険制度を前後して、介護職員のストレス研究はさかんとなり、医学中央雑誌での検索においても350件以上の論文が検索できる。その中でも、特に介護職員のストレスと職場環境に焦点をあてた研究について、まとめた。

音山ら⁶⁾の研究では、利用者中心的介護はストレス反応を低減する一定の効果を持つものであること、介護スタッフの職務満足を喚起するものであること、介護スタッフの利用者中心的介護態度の水準は、介護グループ内のリーダーのリーダーシップや、スタッフの集団意思決定への参画の程度と関連すること、利用者中心的介護が可能となる条件として、介護スタッフの自己裁量によって介護を柔軟に変えることができる点にあることが指摘されている。松井⁷⁾がおこなった認知症グループホーム（以下、GH）職員を対象に行った研究では、「介護の仕事負荷」および「利用者とのコンフリクト」など認知症高齢者の介護ストレスにおいて「抑うつ」「不安」「不機嫌」「怒り」のすべての心理的ストレス反応がみられ、

仕事満足度が低下していた。組織特性の「指導体制」「教育訓練」「決定参加」の低さが心理的ストレス反応と関係していることがうかがえ、組織特性の改善の必要性が示唆されている。古村ら⁸⁾の研究では、GHのケアスタッフが抱える困難は、「認知症高齢者との葛藤」、「職場サポート体制」、「スタッフ同士の葛藤」、「負担感」の4因子構造であり、ケアスタッフに対する教育環境の整備として、同僚や上司に悩みを相談しやすい環境や協力体制、上司からの情緒的支援が大きく影響し、スタッフ同士がお互いに協力、連携できる職場環境の構築の重要性を示している。畔地ら⁹⁾は、介護職員の主観的ストレスに影響を与える組織特性を中心とした検討を行っている。その結果、サービス形態を問わず、利用者の受容がストレスに関連していると示された。さらに、介護方針の把握と主観的ストレスについては、介護方針の把握がストレスの程度に影響を及ぼすことが示された。これらのことから、利用者の受容とともに職員の自己受容についての十分な職員教育と、介護理念や方針の明確化と浸透を徹底することが必要であると示されている。また、介護の質を高めるためにも、今後は介護職員の現状解明だけでなく、ストレスマネジメントの方策に関する研究が期待されると示唆している。堀田¹⁰⁾の介護保険事業所における介護職員のストレス軽減と雇用管理についての研究では、まず、介護職員のストレス原因として、人手不足の広がりの中で、賃金に加え、利用者と思うようにかかわれないこと、自分のケアの適切さや安全性についての不安が介護職員のストレスになっていることを明らかにした。また、ストレス度が高いと、この先働きたい期間が短い者が多く、ストレス度が低いと、「続けられるかぎり」働きたいとする者が4割を超えるなど、相対的に希望する勤続期間が長い傾向がみられた。また、組織整備・コンプライアンスは、ストレス度を緩和する要因となっており、その影響力は有意な影響を確認している。また、個人相談・指導についても、同様にストレス度を和らげる効果を持つことが確認された。

以上の文献により、介護職員のストレスへの緩衝要因は、利用者を受け入れ、利用者へのケアの充実が必要であり、そのためには、職場内での教育体制や個別相談などの介護職員への具体的なサポートの必要性が共通して示された。また、組織整備など健康的な職場環境づくりの必要性が示唆されていた。

2. 介護職員のメンタルヘルス介入研究の概観

介護職員のメンタルヘルスをアウトカムとする介入研究は、Ciniiも医学中央雑誌での確認ができず、高橋¹¹⁾の介入研究が1件のみであり、介護福祉士資格をめざす学生への大人数の講義形式のストレスマネジメント教育プログラムの効果を検証された研究¹²⁾が1件あった。

高橋¹¹⁾は、介護職員のストレスに関する要因と教育研修の介入効果の研究に取り組んでいるが、認知症介護指導者養成研修の介入前後での調査であり、研修前後のストレス要因は、

有意差を認めなかったが、ストレス反応は研修後に有意に軽減していた。その研修内容は、認知症疾患に対する知識を得て、利用者への対応を検討する中で、現在の問題点を見つけ、現在を想定し、検討していくというものであった。研修参加者同士が討論する中で相談することの重要性に気づき、サポートを得やすく可能性を示唆している。また、介護職場の管理者に対する働きやすい環境作りへの研修会も重要でそのことが職場全体のメンタルヘルス向上に繋がる可能性を示唆していた。

第3節：職場とSOCおよびSOCをアウトカムとする介入研究の概観

1. 職場環境とSOCの形成・発達に関連するアントノフスキーの提唱と研究の概観

アントノフスキー¹³⁾によれば、成人前期（20歳頃～30歳頃）は、乳幼児期、思春期にいいでSOCの発達において重要な時期とされ、なかでも職業の果たす役割が大きいと示されている。その理由としては以下の3点が挙げられている。第1に、従事している仕事の自由裁量度の度合いが大きいほど、度重なる意思決定に参加する経験が有意味感を形成する。第2に、仕事を行っていくうえで必要な資源である知識や技能、人的資源が制限されていないという感覚をもつことが処理可能感を得ることができる。第3に職務保障（job security）があり、職場集団において、価値観が共有でき、自分へ適切なフィードバックを受けている感覚を持つことが把握可能感に繋がる¹⁴⁾と示されている。

さらに、アントノフスキー¹³⁾は、「調和している物事や、満足いくように説明される未知のことや、秩序だったパターンを繰り返し職場で経験することは把握可能感を強める」とし、「価値観の共有や、集団の帰属意識、明確な規範的期待がある「一貫した集団」のなかで経験を積み重ねていくことで、直面した出来事を秩序だった明瞭な情報として自分で説明できる感覚が養われる」としている。一貫した集団とは、「共通の価値観とルールをもつ集団」と解釈でき、将来に不安なく、安心して働ける組織文化があり、「夢・目的」を共有できる組織がSOCを高める組織がSOCを高める組織といえる。

カリモラ¹⁵⁾は、SOCの高い人ほど社内のサポートをうまく得、自分の意見を職場に反映する影響力をもっていることを明らかにしている。また、フェルトら¹⁶⁾は、フィンランドの労働者を対象に3年間の追跡調査を行った結果、SOCの高かった人は低かった人に比べ、3年後の会社の組織風土をポジティブに評価していることが明らかになった。さらに、フェルトら¹⁷⁾は、同じくフィンランド国内の「職務保障（job insecurity）とウェルビーイング」プロジェクトという研究プロジェクトの一環として、職場環境とSOCとの関係についての検討を行った。その結果、元来職務保障されている職場であると回答した人ほど、また、職場における同僚との援助・被援助関係がより良好であると回答した人ほどSOCが高いという結果を示した。さらに、その追跡した1年間において援助・被援助関係が良好に転じた

人ほど SOC 得点も良好に変化し、組織における管理職などによるリーダーシップがより発揮されるようになったと報告した人ほど SOC 得点が良好に変化したという結果を示した。

2. SOC をアウトカムする介入研究の概観

アントノフスキーは、「SOC は 30 歳くらいまでに安定し、それ以降はそれまでのような大きな変動は起きにくい」と提示している¹⁸⁾。しかし、SOC の向上を期待した介入研究は、ここ 10 年で確実に増えてきていて、その効果が RCT にて確認されるプログラムも報告されている。SOC の向上のためのプログラムの開発、SOC を強く育む環境整備の方策について、エビデンスが得られている SOC 向上への介入プログラムには、どのようなものがあるのかを、中心に効果的なプログラムの特徴を検討する。

SOC をアウトカムとする介入プログラムについての国内及び国外の先行研究について、以下の手続きを踏まえ文献検討を行った。国内データベース（医学中央雑誌 web 版）、海外データベース（PubMed）を使用し、SOC をアウトカムとする介入プログラムに関する文献検索を行った。医学中央雑誌では、「首尾一貫感覚」をキーワードに検索は、1380 件、キーワードにした「Sense of Coherence」では、463 件、「ストレス対処力」では 89 件と多数の文献がヒットした。しかし、それらに「介入」や「プログラム」を合わせて検索すると、10 件となり、健康生成モデルや SOC に関する研究は幅広く行われているが、介入研究は、数少ないことがわかった。そこで、首尾一貫感覚に関するレビュー文献^{19) -21)}をもとに、海外での SOC をアウトカムとする介入プログラム文献 5 件、国内での SOC をアウトカムとする介入プログラム文献 3 件を選定した。

（1）海外での SOC 向上においてエビデンスが得られているプログラムの動向

Delbar²²⁾らは、癌患者（介入群 48 名、対照群 46 名）を対象に、患者の抱える問題について代替案を設けるように働きかけ、患者が個々に選択したものに関して情報を提供する。さらに、解決策についての感情を分かち合い、患者にとって最も適切な解決策を得られるように支援した。患者が決定したことを実行する為の計画を立てるように働きかけるようにした。結果、SOC 得点は対照群に比べて有意に改善し、また、SOC の下位概念である把握可能感、処理可能感、有意味感のすべてが改善していた。

Langeland²³⁾らは、精神障害者への健康生成的コーピング治療法を開発、実施し SOC の改善を報告している。内容は、5～9 人の患者と精神保健の専門家からなるグループを組んで様々な議論をしあうトーク・セラピー方法である。トーク・セラピーの内容は、前半と後半に分けられる。前半では、参加者の 1 人が日常生活の対処場面を思い出してその状況や経験についてお互いに議論をする。後半では、各参加者が宿題としてあらかじめ準備してある振り返りノートの特ピックスを取り上げて会話をを行う。Langeland のプログラムは、健康生成モデルを基盤とし、自分自身の可能性に目をむけること、自己の内部や外部

にある汎抵抗資源 GRRs や自分への意識を大きく持つことで、毎日の生活のなかでそれを生かしてストレス対処を首尾よく成功させていくことである。対象者は精神疾患患者であり、感情の浮き沈みが大きい感情障害をもつ人や、幻聴幻覚など様々な症状を伴う統合失調症である人たちが中心で、SOC の測定自体が安定していなかった可能性がある。ただそのような中で、若干ながらも介入群において SOC の上昇が見られたという結果は評価できる。

Langeland らは、健康生成論的な 5 つの治療原則を挙げている²⁴⁾。それは、①健康連続体モデル (the health continuum model)、②その人の物語 (the story of the person)、③健康促進要因 (health promoting factor)、④潜在的な健康促進としての緊張とストレインへの理解 (the understanding of tension and strain as potentially health promoting)、⑤積極的適応 (active adaptation) である。

Forsberg²⁵⁾ らは、精神障害者に対する生活習慣改善への介入が、精神的・心理社会的要因に及ぼす影響について調査している。介入内容は、患者の所属している施設スタッフが 1 年間週 2 回、1 週毎に、バランスの良い食事の重要性について議論を行ってもらうことと、さまざまな身体活動を交互に行ってもらう介入を合計 33~37 回行った。その結果、12 か月にわたる集団サークル活動を実施された人は、SOC 得点が有意に上昇し、比較対照群は、平均 0.6 点上昇していたが有意差はなかった。Forsberg は、ライフスタイル改善を通じて、身体的社会的機能の向上し、人生経験が変化し、SOC が上昇することを仮説検証した。

Orly²⁶⁾ らは、看護師への仕事の問題について話し合うという認知的行動療法への介入効果について調査した。認知的行動療法のプログラムの参加群 20 名と対照群 16 名の 2 つのグループに分けた。プログラムに参加した看護師は、参加していない看護師に比べ、SOC 得点が上昇し、ストレス反応と疲労が減少した。

Berg ら²⁷⁾ は、看護師に個別の看護ケア立案が看護師の経験に肯定的な影響を与えることを知ってもらうこと、看護師に対するスーパービジョンを実用化するため看護計画やケアの記録に焦点をあてた教育プログラムを 1 年間実施した。その結果、1 年後の SOC 得点は上昇し、ストレス度は低くなり、看護ケアや仕事に対する満足度も改善された。つまり、Berg らの研究は、職業能力の向上と精神的健康の改善が同時に認められることを明らかにしている。

(2) 国内での SOC 向上においてエビデンスが得られているプログラムの動向

中村裕之ら²⁸⁾ は、50 歳以上 69 歳以下の高齢男性労働者 40 名を対象にし、大阪がん予防検診センターが開発した職場用「スモークバスターズ禁煙プログラム」の内容と中村らの開発した職場の健康教育プログラムを組み合わせた健康教育プログラムにしたがって 6

か月間に1セット2時間で計6セッション、5～6人のグループに分けて実施した。その都度、SOCの意義を説明し、SOCの低下がストレスに対する感受性を上げ、ストレスを増加させることを意味していることを示した。SOCを上げることが、直接的に精神健康度を上げるばかりか、運動習慣や食生活などの生活習慣の改善にもつながり、脳・心・循環器疾患や悪性新生物の予防になることを示した。SOCを用いた健康教育プログラムを用いた。このプログラムによって、精神健康度の指標であるGHQ-12が2以下になった群を成功群、3以上にとどまった29人を非成功群とした。結果、成功群と非成功群ではSOC得点に有意差が見られた。

山崎ら^{29) -31)}が、スタンフォード大学で1980年代に開発された慢性疾患自己管理プログラム(Chronic Disease Self-Management Program: CDSMP)を実施し、評価を行った。CDSMPは、慢性疾患患者同士でグループをつくり疾患や感情の自己管理能力を向上させるプログラムである。このプログラムに参加した慢性疾患の患者、もしくは難病の患者は、1回2時間半のセッションを6週間受ける。その結果、介入により得られた肯定的変化感PPCは、「仲間を得て心強く思えた」、「気持ちが楽になった」、「何事に対しても良い方向に考えられるようになった」等が多くの参加者に得られていた。長期に続き、困難感を感じる慢性疾患の病気を抱えることになった人たちの集まりであるが、その人たちの人生経験のなかでもこういう変化は十分に起こり得る。介入実施前と介入後7週後で、SOC得点の有意な向上が見られた。

笹原ら³²⁾は、前述のLangelandらのプログラムのコンセプトに着目し、これを職場研修でのうつ病予防に応用することを検討し、“サルトジェニック・カフェ・職場研究”を開発した。これは職場での実施可能性を最大限に考慮し、Langelandらのプログラムが1回2時間のセッションを15週から29週間など長期に続けるものであることに対して、1回2時間程度で実施できる簡便なプログラムとすることを目指した。

“サルトジェニック・カフェ”の実施にあたってのポイントは、第1にサルトジェニックな考え方で行う、つまり、職場の悪いところ、ダメなところに議論をフォーカスさせるだけでなく、職場の良いところ、これからでも実際にできることに議論をフォーカスさせることである。第2にワールドカフェ形式にてグループで行い、各自の経験を共有することである、これは短時間での効率的なメンバー交代により、効果的なディスカッション内容とこれまでの貴重な体験を多くの人と共有できる。第3に得られた良いアイデアを日々実践することであり、これは2時間のセッションでは、いろいろな気づきを得られることが多いが、その後の職場や日常生活のなかで、この気づきをもとにいかに関心を持てたかが認知行動療法的な効果を得られるかどうかの大きなポイントとなっている。

“サルトジェニック・カフェ”の実施後に得られた実践的アイディアの実施レベルが高いほど、介入前と介入6か月後でSOC向上していた。

以上により、SOC向上が期待される介入内容は、①集団での介入であること、②類似した背景や経験を持つ者同士で構成すること、③日常的な課題への対処を探ること等で構成されていることが抽出された。

第4節 本研究における用語の定義および解説

1. 健康生成論

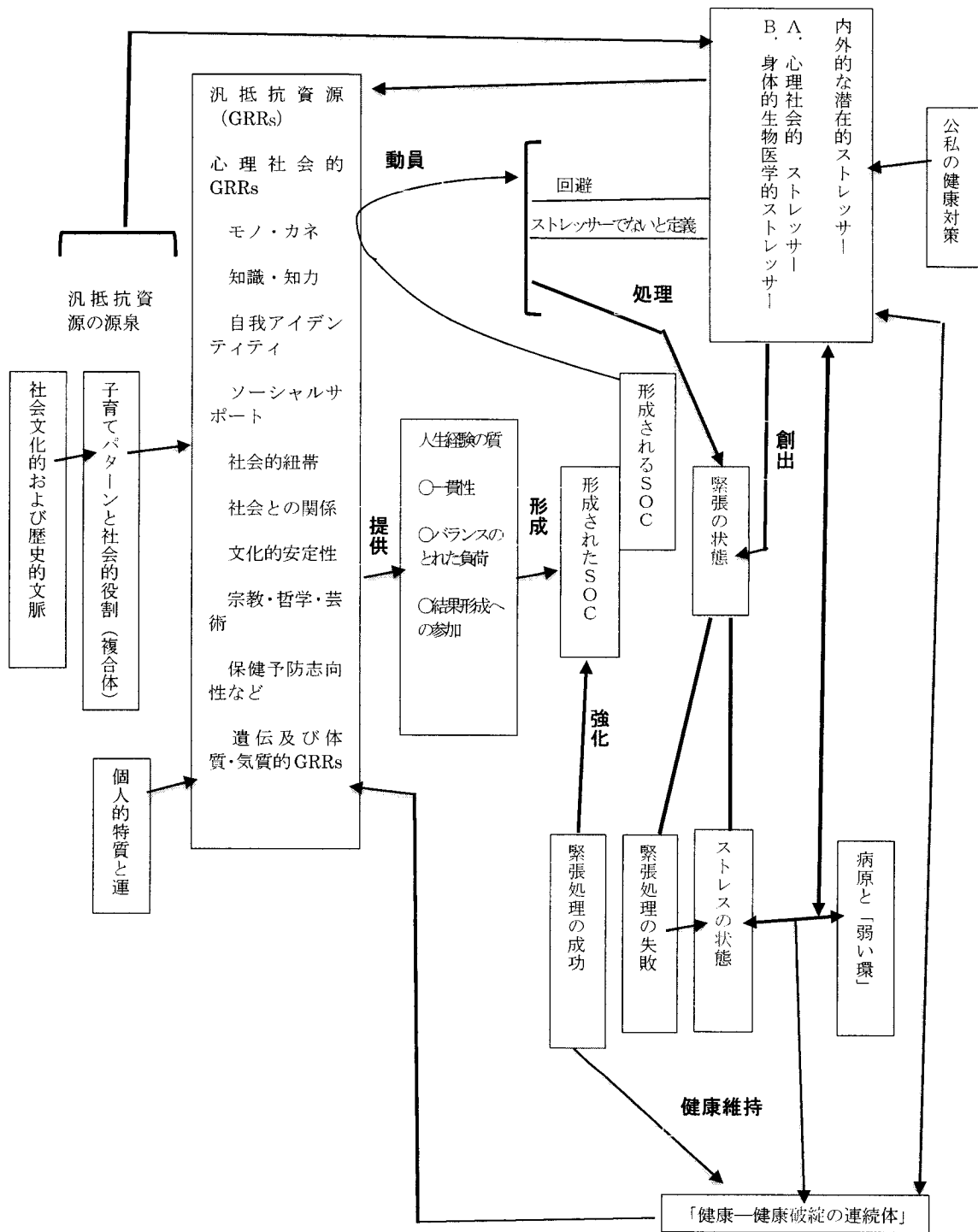
健康生成論とは、イスラエルの社会学者であるアーロン・アントノフスキー博士が健康はいかにして回復され、増進されるのかという観点からその要因を健康要因 (salutary Factor) と呼び、健康要因の解明と支援・強化を目指した理論体系を指す³³⁾。この健康生成論とは、従来の医学において支配的であった、疾病の発生・憎悪の原因となるリスクファクター (risk factor) を除去しようとするアプローチ (疾病生成的アプローチ) であるのに反し 180 度違う観点から、健康はいかにして維持、回復、あるいはつくられるのかという観点により、健康要因とそのメカニズムとその背景についての体系を新しく仮説的に示された理論である。

2. ストレス対処力・健康生成力概念 Sence of Coherence

健康生成論の中核概念であるストレス対処力・健康生成力概念 Sence of Coherence (以下、SOC) は次のように定義される。SOC はストレスフルな出来事や状況に直面させられても、その人の内外にある資源 (汎抵抗資源: General Resistance Resources: 以下 GRR s) を動員して、適切に対処することを通して、心身の健康を守られているばかりだけでなく、それらを発達・成長の糧にし、その後を健康で生き生きと明るく前向きに生きていくことを可能にする力の源³⁴⁾ とされている。

3. 健康生成モデル

健康生成モデル³⁵⁾ は、図 1 に示すような構造になっている。大きくは、図の左側に描かれた、SOC が人生においてどのように育まれ発達・変化するのかという理論 (SOC の形成・発達に関する理論) と、右側の、ストレッサーに対し SOC がどのように作用して人々の健康を左右するのかという理論 (SOC の機能・効果に関する理論) の 2 つから成り立つ。左側では、SOC は直接には、良質な人生経験を通じて後天的に学習、形成されるとされている。こうした人生経験は、汎抵抗資源と呼ばれる自身の能力や周囲の資源の存在によって提供されやすくなるとされている。さらに、右側に行って、ストレッサーやそれがもたらす緊張に対し、その時まで形成されている SOC が汎抵抗資源 (GRR s) を動員してその処理を図ろうと試みる。こうした対処の成否が健康を左右し、対処の成功は健康にプラスに働き、かつ、その成功体験は SOC 自体を強化する。一方で対処が不能になれば健康は脅かされる。ストレス対処の成否は、汎抵抗資源の豊富さと、その動員力である SOC の強さにかかっているというのが理論モデルの意味になる。



出典：Antonovsky, 1987 / 山崎・吉井監訳, 2001.

注1：アントノフスキーの原図を山崎が一部改変し、再度伊藤により作図

図1 健康生成モデル

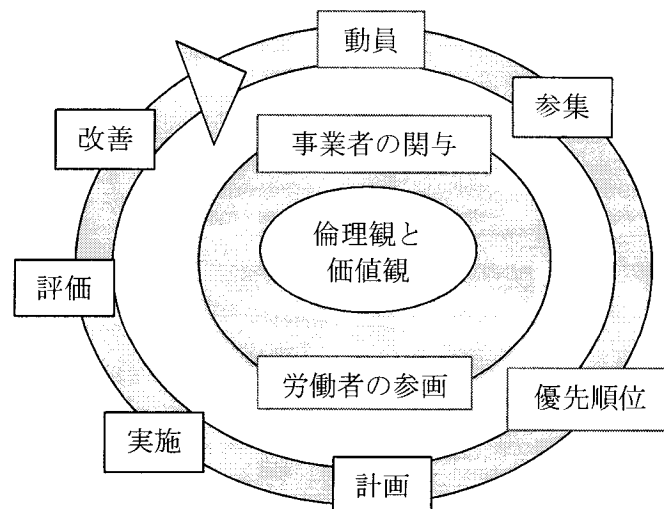
4. 健康職場づくり

健康職場（Health organization）を目指す活動。1999年にILO（国際労働機関）が「Decent work for all(すべての人に人間らしい仕事を)」^{36) -38)}を提唱した。ディーセント・ワークは、4つの戦略を掲げ、社会対話の推進や職場での問題を平和的に解決できるような話し合いの促進や労働者の権利の保障、尊重を推進しようとしている。ILOの観点からは、人間としての尊厳を保てる、あるいは誇りをもって働ける労働・職場と解釈でき、「健康職場（Healthy organization）」をめざすことを意味する。

また、WHOでは、健康職場とは、労働者と経営者が協力し合い、ニーズを特定し、労働者すべての健康、安全、福祉や職場の持続可能性を保証、促進する継続的な改善プロセス^{39) 40)}を活用する場をいう（図2）。

WHOの健康職場の定義の観点からは、職場内の課題を職場の中で解決できることができる職場と解釈できる（Evelyn 2014）。ILO（国際労働機関）のディーセント・ワークの観点からは、人間としての尊厳を保てる、誇りをもって働ける職場と解釈できる

図2 WHO健康職場づくりを目指す継続的な改善プロセス



Evelyn Kortun :The Who Global Approach to Protecting and Promoting Health at Work より、抜粋し、伊藤により図示、翻訳、および一部改編

5. 介護施設職員

介護施設で働く職員（正職員および非正規を問わない）であることを意味し、医療職（看護職、理学療法士など）や福祉職（介護福祉士、社会福祉士等）などの資格を問わずに、介護施設で働く職員。

6. 社会的認知理論（社会的学習理論）

バンデュラ（Bandura, A.）は、観察学習（モデリング）に関するコンストラクト、ならびに自己効力感を中核コンストラクトとした社会的学習理論^{41) -43)}を提示した。1980年

代に入って、バンデューラは個人的認知、環境、行動の3つの側面を包括して相互作用する点を新たに加え、それまでの社会学的学習理論という名称を社会的認知理論 (Social Cognitive Theory) という名称に変更した。これらのコンストラクトについて、可能な介入戦略との関連性ととともに要約したものである。

7. エンパワメント理論

安梅⁴⁴⁾は、エンパワメントについて持っている力を引き出す、発揮するという意味を示し、エンパワメントの種類として、自分エンパワメント、仲間エンパワメント、組織エンパワメントと示している。また、山崎は、エンパワメントにおいて最も重要視されているのが参加 (participation) と示し、特に意思や政策の決定過程への参画と、参加した者同士の対話が重要であると示唆している^{45) 46)}。

8. 協同学習理論

協同学習は、小グループでの教育的使用であり、学生が自分自身の学びと学習仲間の学びを最大限にするために共に学び合う学習法^{47) 48)}と定義される。また協同学習は、学習は社会に開かれたものと捉え、仲間と学び合い、教え合うことによって、学びが深まると考える。協同学習の特徴は、仲間と学び合い、意見交換することで、個人の理解が仲間の視点から吟味され、仲間の視点を通すことにより、理解の幅が広がり、理解が深まる。学習仲間が1人ひとり自分の意見やアイディアをもって交流すると「仲間の学びが自分の役に立ち、自分の学びが仲間の役に立つ」という意味を実感できる。

9. 健康生成論的アプローチ

本研究における健康生成論的アプローチとは、健康生成モデルの観点から、汎抵抗資源 GRRs を豊富にすることが期待できるよう、健康生成志向を適用したグループでの対話を基本としたアプローチとする。また、健康生成志向を適用したグループでの対話を基本としたアプローチにおいて、健康生成論の関連理論と考えるエンパワメントアプローチやイネーブリングアプローチ、社会的認知理論、協同学習理論なども含めた統合的アプローチとして、本研究において定義づけする。

海外においては、先行して Sagy ら⁵⁰⁾や Lindstrom⁵¹⁾などにより、健康生成論的アプローチ (a salutogenic approach) を開始しているが、本研究の定義づけは、それらよりも包括的な内容と言える。

本研究においては、介護施設を対象とし、介護職員への教育的アプローチと介護職場への環境的アプローチの2つのレベルへの適用のため、健康生成論やヘルスプロモーションの概念を包括するアプローチとして定義する。

【第1章 参考・引用文献】

- 1)厚生労働省（2019）平成30年度高齢社会白書
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/gaiyou/25pdf_indexg.html
- 2)厚生労働省：平成30年度介護保険事業状況報告（年報）
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoku/12/dl/h29_point.pdf
- 3)介護労働安定センター（2014）平成24年度介護労働実態調査結果について
http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h24_chousa_kekka.pdf
- 4)2015年の高齢者介護
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/>
- 5)厚生労働省：介護職員をめぐる現状と人材確保等の対策について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ae5j-att/2r9852000002aej7.pdf>
- 6) 音山若穂、矢富直美：特別養護老人ホームの利用者中心の介護が介護スタッフのストレスに及ぼす影響：季刊社会保障研究、33(1)：80-89（1997）
- 7)松井美穂：痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス、日本痴呆ケア学会誌、3（1）：21-29（2004）
- 8)古村美津代、中島洋子、草場智子他：認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難とその関連要因 認知症高齢者グループホームの全国調査から、日本認知症ケア学会誌、13（2）：454-468（2014）
- 9) 畔地良平，小野寺敦志，遠藤忠：介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因—職場特性を中心とした検討—、老年社会医学、27（4）：427-437（2006）
- 10)堀田聡子：介護保険事業所（施設系）のストレス軽減と雇用管理、季刊社会保障研究 46(2)，：150-163（2010）
- 11)高橋恵：介護ストレスに関する要因と教育研修の介入効果、ストレス科学、27（4）：401-409（2013）
- 12) 横山さつき：介護福祉士のストレスマネジメント教育プログラムの構築に向けた実践的研究—知識理解ベースでの介入の効果—、老年社会科学、35（3）：354-364（2013）
- 13) Antonovsky A:Unraveling the mystery of health How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers. San Francisco (1987)
山崎喜比古、吉井清子（監訳）：健康の謎を解く ストレス対処と健康のメカニズム、初版、1-29、有信堂、東京(2001)
- 14)山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子：ストレス対処能力 SOC. 初版、3-24、有信堂、東京（2012）
- 15)Kalimo R.Vouri.:Work factor and health: the predictive role of pre-employment experiences. Journal of Occupational psychology. 64:97-115(1991)
- 16)Feldt T, Kivimäki M. Rantala A, and Tolvanen A: Sense of Coherence and work characterizes; a cross-lagged structural equation model among managers. Journal of Occupational and Organizational Psychology .77:323-342(2004)
- 17)Feld T ,Kinnunen U. Mauno S.: A meditational model of sense of coherence in the work context; a one-year follow-up study. Journal of Organizational Behavior. 21:461-476(2000)
- 18)山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子：ストレス対処力 SOC—健康を生成し健康に生きる力とその応用、初版、64-74、有信堂、東京（2019）
- 19) 浦川 加代子：首尾一貫感覚 Sense of Coherence(SOC)と生活習慣に関する研究の動向、

- 三重看護学誌、14：1-9（2012）
- 20) 小田嶋 裕輝, 河原田 まり子：患者の首尾一貫感を改善する介入方法に関する文献的考察. SCU Journal of Design & Nursing、9（1）：15-23(2015)
 - 21) 澤田華世, 香月 富士日：看護師を対象とした首尾一貫感覚の研究に関する文献レビュー、名古屋市立大学看護学部紀要、14：9-17(2015)
 - 22) Delbar V; Benor DE：Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. Journal of Psychosocial Oncology. 19(2)：57-75（2001）
 - 23) Langeland EI, Riise T, Hanestad BR, et al.：The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. Patient Education & Counseling. 2(2)：212-9(2006)
 - 24) Lageland E, Wahl AK, Kristoffersen K, et al, Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. Issues Ment Health Nurs 2007;28(3)：275-295
 - 25) Forsberg KA, Björkman T, Sandman PO et al.：Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: a cluster randomised controlled trail on symptoms, quality of life and sense of coherence. Journal of Clinical Nursing. 19(11-12)：1519-28(2010)
 - 26) Orly S, Rivka B, Rivka E et al.：Are cognitive-behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? Appl Nurs Res. 25(3)：152-157(2011)
 - 27) Berg AI, Hallberg IR：Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. J Psychiatr Ment Health Nurs. 6(5)：371-81(1999)
 - 28) 中村 裕之, 相良 多喜子, 荻野 景規他：高齢労働者における精神的健康度の向上のためのSOCを用いた健康プログラムの開発, 産業医学ジャーナル、29（4）：93-98(2006)
 - 29) 山崎喜比古：日本における慢性疾患自己管理プログラム（CDSMP）が受講者の病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムに及ぼす影響の前後比較デザインによる検討、平成19年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金アレルギー疾患予防・治療研究事業（代表秋山一男）：7-19(2008)
 - 30) 宇佐美 しおり, 岡谷 恵子, 山崎 喜比古他：気分障害・不安障害患者へのセルフ・マネジメントプログラム(CDSMP)の適用に関する研究. 看護研究, 42（5）：371-38（2009）
 - 31) 米倉祐貴：日本における「慢性疾患セルフマネジメントプログラム」の効果の非無作為化比較試験による検討—傾向スコアによる調整法を用いて、東京大学博士論文（2011）
 - 32) 笹原信一郎、坂野純子、大井雄一郎他.：健康生成論をベースにした職場におけるストレス対処向上プログラム開発の試み：サルトジェニック・カフェの実践報告. 第87回日本産業衛生学会学術集会(2014)
 - 33) Antonovsky A:Unraveling the mystery of health How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers. San Francisco (1987)
山崎喜比古. 吉井清子（監訳）：健康の謎を解く ストレス対処と健康のメカニズム、初版、1-29、有信堂、東京(2001)
 - 34) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子：ストレス対処能力SOC. 初版、3-24、有信堂、東京（2012）
 - 35) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子：健康生成力SOC—健康を生成し健康に生きる力とその応用、初版、50-54、有信堂、東京、(2019)

- 36) Decent Work and the Sustainable Development Goals A Guidebook on SDG Labour Market Indicators
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/stat/documents/publication/wcms_647109.pdf
- 37) 山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子：ストレス対処力—健康を生成し健康に生きる力とその応用、初版、207-221、有信堂、東京（2019）
- 38) 岸-金堂玲子、森岡孝二：健康・安全で働き甲斐のある職場をつくる 日本学術会議の提言を実行あるものに、初版、1-10、ミネルバ書房、京都（2016）
- 39) 川上憲人・守島基博・島津明人他：健康いきいき職場づくり 現場発組織変革のすすめ、39-43、生産性出版、東京（2014）
- 40) Evelyn Kortun (2014):The Who Global Approach to Protecting and Promoting Health at Work ,23-64 ,Caroline Biron, Ronald J. Burke, Cooper CBE, et al: Creating Healthy Workplaces: Stress Reduction, Improved Well-being, and Organizational Effectiveness (Psychological and Behavioural Aspects of Risk), GOWER, USA
- 41) A. バンデュラ著 原野広太郎監訳：社会的学習理論 人間理解と教育の基礎、オンデマンド版：65-174、金子書房、東京（2012）
- 42) Karen Glanz Barbara K.Rimer Frances Marcus Lewis 編 曾根智史 [ほか] 訳：健康行動と健康教育 理論，研究，実践、第1版、154-164、医学書院、東京（2006）
- 43) 一般社団法人 日本健康教育学会：健康行動理論による研究と実践、64-68、医学書院、東京（2019）
- 44) 安梅勅江 エンパワメントのケア科学—当事者主体のチームワーク・ケアの技法—、第1版、医歯薬出版社、東京（2010）
- 45) 清水準一・山崎喜比古：アメリカ地域保健分野のエンパワメント理論と実践に込められた意味と期待、日本健康教育学会誌 4（1）：11-18、1997
- 46) 山崎喜比古（2017）：「健康への力」に関連する理論、公衆衛生看護技術、第3版、67-97、医学書院、東京
- 47) Smith ,K. A. :Cooperative learning Making “group work” work. In T.E. sutherland &C .C. Bonwell (Eds.), Using active learning in college ciasses : A range of options for faculty .New Directions for Teaching and Learnig , San Farnciso :Jossey-Bass. 67 :71-82 (1996)
- 48) 安永悟：活動性を高める授業づくり 協同学習のすすめ、初版、67-78、医学書院、東京（2012）
- 49) Lenneke Vaandrager and Maria Koelen :Salutonenesis in the Workplace : Building General Resistance Resources and Sence of Coherence (Georg F. Bauer、 Gregor J. Jenny : Salutogenic organizations and change: The concepts behind organizational health intervention research)、77-89、Springer; 201(2013)
- 50) Shifra Sagy,Naomi Dotan : Coping resources of maltreated children in the family:a salutogenic approach Child Abuse & Neglect 25(11)、1463-1480 (2001)
- 51) Bengt Lindstrom:Seizing the opportnnity - a salutogenic approach to public Gac Sanit ,32(4),324-326 (2018)

第2章 介護職員への健康生成論的アプローチによる学習プログラムの開発と評価

第1節 目的

本研究の目的は、ストレス対処・健康生成力概念である SOC 向上をいかに促進していくのかという観点から、健康生成論的アプローチを適用した介護職員のための学習プログラムの構成と進行を明らかにすることである。また、介護職員のための学習プログラムの評価を明らかにすることである。本研究では、介護職員に直接働きかける方法として、仕事上の困難や葛藤への対処方法を学び合う教育的アプローチ（ミクロレベル）の開発およびその効果の検証を行う。

第2節 方法

1. 学習プログラムの開発に至るまでの過程

学習プログラム開発のきっかけは、2007年に認知症介護リーダー研修の一部として、著者が認知症高齢者の権利擁護をテーマにした講義依頼を受けたことである。著者は、行政保健師として介護施設内虐待や介護事故等の対応経験から、受講者のケア実践をねぎらい、受講者同士がエンパワメントできる研修内容にしたいと考えた。そこで受講者がリラックスして学べるように、リラクゼーション法としてゆっくり優しく丁寧なタッチで相互にケアし合うタッピングタッチ¹⁾（以下、TTと略）と誰もが経験する認知症ケアでの葛藤場面をイラストと抽象化した事例を用いたグループ学習²⁾を組み合わせ実施した。その研修内容は継続して依頼を受け、介護職員・介護施設の双方に、ニーズが高いと考えた。そこで、継続的に実施できる介護施設内研修（以下、OJT）で活用できる資料を作成³⁾した。しかし、その研修内容は不適切ケアなどの危険要因（risk factor）の軽減・除去に限局した内容であり、職場全体の健康要因（salutary factor）の回復・保持・増進にまでは至っていなかった。そこで、認知症介護施設内の課題を健康生成志向で再構成する必要性を感じ、本研究に至った。

2. 学習プログラムに適用した理論の特徴と理由

本学習プログラム開発に当って、アントノフスキーの著作「健康の謎を解くストレス対処と健康保持のメカニズム」の中に記述された健康生成志向の6つのポイント（表1）⁴⁾を意識してプログラムをデザインした。健康生成（salutogenesis）志向とは、人々が有益な、健全な（saluto-）な起源（genesis）へ移行するように考えることである。この健康生成論を基盤とした SOC 形成への効果的な介入プログラム^{5) 6)}では、介護施設職員が共通して日常で経験する問題への対処の仕方を学習課題として取り上げ、グループでの話し合いを行うこととしている。

健康生成志向の特徴として、以下6点にまとめられる。

①健康を健康か疾病かの二分法ではなくて、健康—健康破綻の連続体上で見ること、②疾病の病院のみに着眼するのではなく1人のストーリーに着眼すること、③疾患の原因を問うのではなく、健康—健康破綻の連続体で健康側に移動させる要因を問うこと、④ストレッサーは忌み嫌われなくすべき存在ではなく遍く存在していると見ること。また、ストレッサーへの対処によっては健康的なものとなりうるものとみなすこと、⑤魔法の弾丸のような解決法を探すのではなく、環境への積極的な適応を探ること、⑥逸脱ケースに常に目を向けることによって得られるものが疾病生成論的なアプローチよりも多いことである。

これらの健康生成論的な志向性の特徴をプログラムでの適用した内容は、①職場環境等を良いや悪いと二元論で判断せずに、より良い方向への対処方法等を検討する、②職場の葛藤やジレンマに至る過程やその人の背景や特性・資源等から考える、③職場環境やケア手法をより良くしていくための対処方法に話合いの焦点を当てる、④葛藤や困難は、誰にでも起こり得るものであり、成長や相互理解等のきっかけになる、⑤状況を一扫するのではなく、その状況に適応できるよう考える、⑥今まであまり取り上げられてこなかった職場のケアや解決策も含めて考えるであった。

表1 本学習プログラムへの健康生成志向の適用

健康生成論的な志向性の特徴	プログラムでの適用
①健康を健康か疾病かの二分法ではなくて、健康—健康破綻の連続体上で見ること	①職場環境等を良いや悪いと二元論で判断せずに、より良い方向への対処方法等を検討する
②疾病の病院のみに着眼するのではなく1人のストーリーに着眼すること	②職場の葛藤やジレンマに至る過程やその人の背景や特性・資源等から考える
③疾患の原因を問うのではなく、健康—健康破綻の連続体で健康側に移動させる要因を問うこと	③職場環境やケア手法をより良くしていくための対処方法に話合いの焦点を当てる
④ストレッサーは忌み嫌われなくすべき存在ではなく遍く存在していると見ること。また、ストレッサーへの対処によっては健康的なものとなりうるものとみなすこと	④葛藤や困難は、誰にでも起こり得るものであり、成長や相互理解等のきっかけになる
⑤魔法の弾丸のような解決法を探すのではなく、環境への積極的な適応を探ること	⑤状況を一扫するのではなく、その状況に適応できるよう考える
⑥逸脱ケースに常に目を向けることによって得られるものが疾病生成論的なアプローチよりも多いこと	⑥今まであまり取り上げられてこなかった職場のケアや解決策も含め、考える

※

また、健康生成論に基づく、プログラム開発を行ったランゲランドらは、SOCの向上に対する要因探索の結果として、心遣い（nurturance）の機会、社会的統合（social integration）が関与していることを示唆⁷⁾している。つまり、相互交流により参加者同士が心遣いを示す機会や参加者の生活全般への支援がSOC向上への要因となる。これらの先

行研究の示唆から、介護職員のストレス緩衝には、職場内での問題への対処の仕方を話し合うことのできる職場環境づくりが必要と考え、プログラムを構築した。

協同学習理論は、ジョンソン兄弟らによって開発され、学習を個人の世界に閉じたものとみなすのではなく社会に開かれたものとしてとらえる協同の精神⁸⁾を育てる学習方法である。協同学習では、多様な価値観、特性、能力を持った仲間たちと交流し、仲間と協力して主体的に学び合う手法であり、教え込むのではなく、共に創り上げる学習である。この理論をプログラムのデザインに適用させることで、学習仲間がお互いを尊敬し、信頼できる関係をつくり、望ましい意味での依存関係が求められ、親和的で肯定的で受容的な雰囲気⁹⁾が醸成⁹⁾されることが期待できると考えた。本プログラムで適用した協同学習理論の基本的要素を表2に示した。

協同学習理論の基本的要素の概要は、①相互依存（自律した仲間同士が依存し合うこと、一人ひとりが自分の考えをしっかりとって話し合いに参加しているということ）、②個人の責任（1つは自分の学びに対する責任と仲間の学びに対する責任の2つの責任）、③平等性（学習仲間が同じ程度、学び合いの活動に参加している状態）、④同時性（目に見える積極的な活動を、できるだけ多くの学生が同時におこなっている状況）、⑤活動の振り返りと改善（仲間のどの行動が役に立ち、どの行為が役にたたなかったのか、どの行為を続け、どの行為を変えるべきかを全員で検討する）にまとめられる。

協同学習理論の基本要素を本プログラムで適用した具体的な内容は、①学習グループメンバーの中で、司会や書記を決め、司会の進行にそって、時間管理や運営に協力する、②話し合いに入る前に、学習課題を全員で確認し合い、各自考える時間を取り、自分の考えを話す責任を持つ。自分の考えが出せない時は、後で他メンバーが話し合いを終えた時に再度話せる機会を持つ、③設問毎に、学習仲間の考えを聞き、1人が一度に全部の応えを話さないように配慮する、④司会からまず発言し、その司会の指示に従って、全員が一巡するように話し合う。また、全員が事例に対し、理解しやすいように、事例をイラストで示す、⑤各グループで話し合った内容を最後に、グループ間の共有を行う。また、グループ間の共有を聞いて、新たに気が付いたことや今後仕事で活かしたいことなどを共有するにまとめられた。

表2 本プログラムで適用した協同学習の基本要素

基本要素	定義	プログラムでの具体的内容
①相互依存	①自律した仲間同士が依存し合うこと。一人ひとりが自分の考えをしっかりとって話し合いに参加しているということ	①学習グループメンバーの中で、司会や書記を決め、司会の進行にそって、時間管理や運営に協力する
②個人の責任	②1つは自分の学びに対する責任と仲間の学びに対する責任の2つの責任。	②グループでの話し合いに入る前に、学習課題を全員で確認し合い、各自考える時間を取り、自分の考えを話す責任を持つ。話ができない時は、後で他メンバーが話し合終えた時に再度話せる機会を持つ
③平等性	③学習仲間が同じ程度、学び合いの活動に参加している状態。	③設問毎に、学習仲間の考えを聞き、1人が一度に全部の応えを話さないように配慮する
④同時性	④目に見える積極的な活動を、できるだけ多くの学生が同時におこなっている状況。	④司会からまず発言し、その司会の指示に従って、全員が一巡するように話し合う。また、全員が事例に対し、理解しやすいように、イラストを用いて事例内容を示す
⑤活動の振り返りと改善	⑤仲間のどの行動が役に立ち、どの行為が役にたたなかったのか、どの行為を続け、どの行為を変えるべきかを全員で検討する	⑤各グループで話し合った内容を最後に、グループ間の共有を行う。また、グループ間の共有を聞いて、新たに気が付いたことや今後仕事で活かしたいことなどを共有する

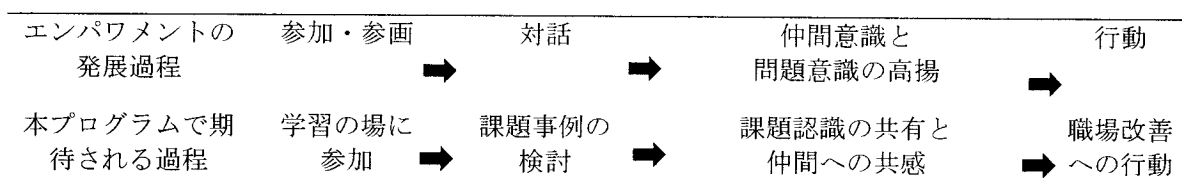
バンデューラが提唱した社会的認知理論は、社会学的学習理論¹⁰⁾を拡張させた人間の行動変容を促進する方法を扱った理論である。行動、個人的要因（認知を含む）、社会的環境がこの理論に関連する重要な要素であり、これらの3者間の互惠的關係性が強調されているのがこの理論の特徴である。介護職員の業務は、同じ施設内の職員、高齢者との関わりや日常のやりとりの中で成立している。そのため、「認知」（介護職員の認識）、「行動」（介護職員の行動）、「環境」（その介護職員を取り囲む同僚や上司等の認識や行動）の3者の相互作用を期待しながら包括的に刺激を与えることによって、学習がより効果的に促進される可能性がある。よって、本プログラムは、この社会的認知理論に基づいてデザインすることが有効であると考えた。職員間の話し合いにより期待されることを明確にするために社会的認知理論に含まれる構成概念（環境、帰属、修正学習、観察学習、自己強化、自己効力感）を適用した（表3）。

表3 本プログラムで期待する社会的認知理論の構成概念

構成概念、理論	定義	プログラムでの具体的内容
環境	物理的に人間の外部にある要因であり、機会とソーシャルサポートを提供する	職場の同僚や上司の持つ知識や技術・サポートなどの資源へのアクセスしやすい職場環境を提供する、介護職員の悩み・不安・困難感などを共有しやすい職場環境を提供する
帰属	人は、行動や結果、事象に対して因果的な解釈を試みる	グループ学習の中で、対立する意見のスタッフの行動や言動に関して、解釈が可能になる
観察学習 (モデリング)	手本となる人の行動を観察することにより、学習者自身の行動に変化が生じる過程をいう	グループ学習の中で、他のスタッフのケア方法や困難への対処方法を聞き、学ぶ
修正学習	不適切な予期を捨てさせ、現実に適応した予期を形成すること	介護職員が認知症ケアや職場の人間関係など偏った認知を修正し、適時・適切な認知・行動を促進する
自己強化	他者からの報酬や成功した確信により、強化因となって学習が成り立つこと	自分のケアや行動を共感される事で同じ行動を繰り返す可能性が高くなる
自己効力感 (セルフ・エフィカシー)	自分がこれからやろうとすることを、どの程度実行できているかという自信のこと。	グループ学習の中で、他のスタッフのケア方法や対処方法を聞く事で自分も取り組めるという自信を付ける

安梅⁸⁰⁾は、エンパワメントについて持っている力を引き出す、発揮するという意味を示し、エンパワメントの種類として、自分エンパワメント、仲間エンパワメント、組織エンパワメントと示している。また、山崎は、エンパワメントにおいて最も重要視されているのが参加 (participation) と示し、特に意思や政策の決定過程への参画と、参加した者同士の対話が重要であると示唆している⁸¹⁾。

健康生成論的アプローチとして、清水らが示すエンパワメントの発展過程 (参加・参画、対話、仲間意識の高揚、行動) も内包するように適用した (図1)。



清水準一、山崎善比古：アメリカ地域保健分野のエンパワメント理論と実践にこめられた意味と期待、日本健康教育雑誌、4 (1)：14、1997 を伊藤により改変した

図1 本プログラムで期待するエンパワメントの発展過程の適用

さらに、2013年に労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の科学的根拠に基づくガイドライン¹¹⁾ (以下ガイドライン) により、労働者の個人向けストレス対策を効果的に行う

ためのマニュアルが示されている。その中で、プログラムにおいてリラクゼーション法と認知行動的アプローチを組み合わせること、参加者のニーズや関心、受け入れやすさを考慮すること、参加者の自己効力感の向上を図るための工夫を行うこと、教育研修では参加型アプローチを取り入れることなどの有効性が示されている。以上の手法は著者が2008年以降に取り組んできたTT及びいきいきケアトレーニングにおいて取り入れている。

なお、プログラムの事例内容や構成、期待される成果について、介護施設職員および、健康社会学・看護学分野の研究者に意見を求めた。

2. 開発した学習プログラムの評価

(1) 学習プログラムの参加者とリクルート方法

A県内の介護施設で勤務する介護職員で「介護職員のためのストレス対処」(以下、研修会)への参加を希望した特別養護老人ホームや認知症対応型グループホーム等6会場を対象とした。なお、研修会の主催者には、各施設の施設長あるいは、職員研修担当者や職場内の安全管理委員会あるいは事故防止対策委員会等と共同して取り組みを行った。対象者は、職種、経験年数、年齢などの制限をせず、希望される方を対象とした。対象者の募集は、A県内の要介護高齢者ケア施設で勤務する職員で「介護職員のためのストレス対処プログラム」(以下、プログラム)への参加を希望された方を対象とした。対象者の募集は、A県介護労働安定センターが実施する研修会等に参加する認知症介護施設職員に募集用チラシを配布し、参加を呼び掛けた。その呼びかけに応じたA県内北勢部で2会場、中勢部2会場、南勢部2会場で実施した。募集期間は2014年9月～12月とした。1回あたりの参加者数は、約50人までとし、約90分～120分程度で実施した。講師は、すべて著者のみで行った。

(2) 研究デザイン

自記式質問紙調査とし、量的データと質的データを同時に調査する「埋め込み型」デザイン¹²⁾を採用し混合研究法にて評価した。

(3) 調査項目

人材開発・組織開発の研修効果測定¹³⁾を参考にした。

基本属性は、性別、年齢、配偶者の有無、所属、経験年数、職種を調査した。

また、研修効果測定としては、学習内容は講義のテーマ、リラクゼーション、グループ学習について、良かったから悪かったについて4段階で回答を得た。

参加者の反応は、研修全般は理解できたか、研修全般を楽しく感じたか、研修全般は有意義であったかについて4段階で回答を得た。

プログラム中の学習と応用は、健康生成論的協同学習は経験の振り返りになるか、健康生成論的協同学習は気づきや学びになるか、健康生成的協同学習は仕事で活かせるかについ

て、4段階で回答を得た。

健康生成論的協同学習を職場でやってみたいかについても、4段階で回答を得て、さらにその理由について、自由回答を求めた。

業務や職場へのトランスファー（学習の転移）については、プログラムを継続することは高齢者ケアに役立つか、プログラムを継続することは職場の良い雰囲気づくりに役立つか、プログラムを継続することはストレス対処力がついてくると思うかについても、4段階で回答を得た。

（４）介入内容と調査方法

研修参加者全員である 296 名に調査用紙を配布し、郵送法により回答を得た 175 票（回収率 59.1%）のうち、欠損値のない回答票 149 名（有効回答率 50.3%）を分析対象とした。なお、本研究は四日市看護医療大学研究倫理委員会にて承認（承認番号 77）を得て、実施した。

（５）調査期間

プログラムの評価は、2014 年 9 月～2015 年 2 月の期間に研修を実施し、研修後に 7 日以内に評価を依頼した。

（６）解析方法

プログラムの評価は、経験年数は、9 年以下を新任・中堅期とし、10 年以上を管理期として、2 区分で集計した。経験年数を 2 区分にして集計した理由は、研修は経験年数によって分けて実施するが多いが、本プログラムは異なる経験年数参加者が同じ課題で学び合うため、経験区分を 2 区分に分けて評価した。その区分は、新木ら¹⁴⁾の先行研究から、年代に関わらず、経験年数が 10 年以上のものは、仕事の継承などへの関心が高いことから、10 年未満と 10 年以上と区分した。

また職種については、介護・福祉職（介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員など）と医療職（看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士など）2 区分で集計した。2 区分で集計した理由は介護・福祉職と医療職は職場での業務や役割が異なるため、職種により評価が異なるかについて評価しなかったためである。

質問項目に関しては、「そう思う」「まあまあそう思う」を肯定、「あまりそう思わない」「そう思わない」を否定として、2 区分で集計し、記述統計と Mann-Whitney の U 検定を行った。分析には、IBM SPSS23.0 J for windows を用いた。

自由記述の分析は、内容分析¹⁵⁾を参考に分析を行った。まず、質問に答えていない回答を除外し、回答文章に省略等が認められれば、意味や内容に注意をしながら補足を加えてデータを完成させた。データには、回答者の背景が理解できるように性別と経験年数区分をデータに示した。次に問いに対する理由を抜き出し、それらの意味や内容を損なわな

いように配慮しながら要約し、一意味一データとしコードを作成した。さらにそのコードの意味内容の類似性からカテゴリを作成した。なお、看護学分野で質的研究の経験のある研究者間で分析内容に関して確認を行った。

(7) 倫理的配慮

本研究は四日市看護医療大学研究倫理委員会にて承認（承認番号 77）を得た後に実施した。事前に書面と口頭にて研究の目的・趣旨を説明し、同意を得た者を対象とし、ヘルシンキ宣言に基づく倫理的配慮を十分に行った。

第3節：結果

1. 開発した学習プログラム

(1) 学習プログラムの特徴

1) 健康生成論的アプローチによる学習プログラムの具体的内容（表5）

健康生成論的アプローチによる学習プログラムの具体的内容について、表5に示した。表5では、プログラムの具体的内容、研究者の役割、健康生成論的アプローチに基づく、プログラム工夫等、適用理論や概念を示した。

プログラムの具体的な内容は、プログラムの説明（図 1-1・2）とリラクゼーション法としてのタッピングタッチ（図 2）と協同学習を組みあわせ実施する 1 回 90 分のプログラムを基本とした。

プログラムの導入では、健康生成論的アプローチによるプログラムの工夫は、「できるだけ、お互いが話しやすい安心感のある場を作る」、「職種、経験年数を問わず、平等に学習プログラムへの参加ができるよう配慮する」である。

プログラムの展開として、ガイドライン¹¹⁾を参考にし、健康生成論的協同学習を実施した。健康生成論的協同学習は、課題内容を短時間で把握できるようにイラストと簡略化した事例で示し、誰もがグループ学習を進行できるように進行方法も図形とコメントで示す学習シートとして開発した。この学習シートは、多忙な施設環境に合わせ、1 シートが 30 分程度で実施できる進行方法とし、介護職員が職場の課題に合わせて選択できるようにデザインした（図 3-1・2）。学習課題は、職場の現状に応じて選択できるように 1) 介護職員間の人間関係での葛藤；2) 認知症ケアでの葛藤；3) 不適切ケアでのジレンマ；4) 身体拘束でのジレンマ；5) 非常時の対応でのジレンマ；6) 介護事故での葛藤；7) ユニットケアでの葛藤から選択できるようにした。いきいきケアトレーニングは、シート形式であり、イラストと抽象化した事例を用いたため、介護職員が直感的に選択できるように配慮した（図 4-1～7）。

健康生成論的協同学習の進行にあたってのプログラムの工夫は、準備として、グループ

分けは、全員が話しやすいように小グループとし、対面で座る配置する。座る場所は遠い時は、他のグループの調整を行って、なるべく円形など話しやすいようにする。また、グループ内の司会と書記の役割を明確にし、じゃんけんで司会と書記を決定し、グループ内の進行は司会が担えるようにする。なお、じゃんけんで司会を決定するのは、参加者に平等性を担保するという意味とグループの緊張を取るためでもある。

健康生成論的協同学習ではできる限り参加者全員が役割を担えるよう配慮する。つまり、2回実施する時は、司会や書記を交代し、特定の人に偏らないようにする。

学習課題は、予め、主催者と打合せして、決定している場合であっても、できるだけ参加者の意見に基づき、決定する。参加者が決定したことを優先することで、参加者のプログラムに対する参加意思が高まると考える。学習課題を検討する時に、個人の意見を出しやすくように検討する時間を確保する。考える時間を確保することで、全員から、意見を引き出せる可能性が高くなる。職場の中の資源を引き出すためには、この参加者全員から、なんらかの意見を引き出す工夫が重要である。健康生成論的協同学習の問いかけは、や課題への見方に関して、健康生成志向を適用する。具体的には、「Aさんはなぜそのような状態になっていると思いますか？」などその人の背景から考えるようにする。また、「Aさんは、Bさんにどのように対処したら良いと思いますか？」、「あなたがこの場にいたら、Aさん、Bさんにどのような支援（声掛け）をしたいですか？」などを話し合うことで、具体的な対処方法を学べる機会にする。

考えたことをグループで共有するときには、質問毎に考えた内容を報告しあい、全員に話す機会を確保するよう配慮する。また、同じ考えの場合は同じであると報告し、必ず、個人で意見を出すよう促す。このように、1人の人がすべての回答を一度に話さないようにする理由は、全員に平等に参加を促すためである。

職場内での学習を行う場合は、エンパワメントの段階も重要であり、小グループから職場全体への段階を踏んで、意見交換を行う。小グループでの話し合いを経て、職場全体での話し合いを行う中で、倫理観や価値観の共有や違いへの気づきが促される。その為、短時間でも、全体での共有の時間を確保することが重要であると考ええる。

表5 健康生成論的アプローチによる学習プログラムの具体的内容

構成	プログラムの具体的な内容	研究者の役割	健康生成論的アプローチに基づく、プログラム工夫等	適用理論や概念
導入 30分	<p><ミニ講義>健康生成論の説明とプログラムの目的(図1)</p> <p><リラクゼーション>ゆっくり優しく丁寧に左右交互のリズムで背中や腕などをタッチする(タッピングタッチ)(図2)</p>	参加者全体へのプログラムへ動機づけ	<ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ、お互いが話しやすい安心感のある場を作る ・職種、経験年数を問わず、平等に学習プログラムへの参加ができるよう配慮する 	協同学習理論
展開 50分	<p>健康生成論的協同学習</p> <p><準備></p> <ul style="list-style-type: none"> ・1グループ4～6人で構成する ・司会と書記をグループ内で決定する <p><進め方></p> <p>1) 課題の提示(図3・4)</p> <p>日常的に誰もが経験する困難な場面の事例を全員にイラストを用いた事例で提示</p> <p>2) 個別での課題取り組み</p> <p>提示された事例に対し、個人で取り組む</p> <p>3) グループ内での学習活動</p> <p>個人で考えた内容を順番に報告し、話し合う</p> <p>4) 全体での学習内容の共有</p> <p>各グループ間で話し合いの内容を共有する</p>	各グループで運営ができるように準備	<p><準備></p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループ分けは、全員が話しやすいように小グループとし、対面で座る配置する ・司会と書記の役割を明確にし、じゃんけんで司会と書記を決定する ・グループ内の進行は司会が担う ・学習プログラムでできる限り参加者全員が役割を担えるよう配慮する ・学習課題は、できるだけ参加者の意見に基づき、決定する ・個人の意見を出しやすいように検討する時間を確保する ・学習課題への見方・考え方に、健康生成志向を適用する(表1) ・質問毎に考えた内容を報告しあい、全員に話す機会を確保するよう配慮する。また、同じ考えの場合は同じであると報告し、必ず、個人で意見を出すよう促す。 ・小グループから職場全体への段階を踏んで、意見交換を行う。 ・小グループでの話し合いを経て、職場全体での話し合いを行う中で、倫理観や価値観の共有や違いへの気づきが促される。 	健康生成志向
まとめ 10分	<p>5) 学習内容の振り返りと改善の検討</p> <p>話し合いを振り返り、今後活かしていきたいや修正したいこと等を共有する</p>	参加者全体の学びが共有できるようにする	<ul style="list-style-type: none"> ・他者の経験を聞くことで学び、倫理観・価値観の共有により、改善への行動への動機付けが期待できる 	エンパワメントアプローチ

社会的認知理論

図 1-1 学習プログラムの中での講義資料の一部 その 1

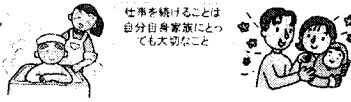
<p>施設内研修会</p> <p>高齢者ケアスタッフのための ストレス対処力について ～困難を乗り越える力を つけるためのヒント～</p>	<p>本日のスケジュール</p> <p><導入> 14:00～14:25 あいさつ&講義</p> <p><演習①> 14:25～14:45 タッピングタッチでリラックス</p> <p><演習②> 14:45～15:15 いきいきケアトレーニング</p> <p><まとめ> 15:15～15:30 ストレス対処力を高める職場・ ストレス状態になった時のヒント</p>
<p>ストレス対処力(SOC)とは？</p> <p>・SOCは、健康社会学者アーロン・アントノフスキー博士によって発表された概念</p> <p>強制収容所の経験</p> <p>健康 30%</p> <p>体調不良 70%</p> <p>極限のストレスを経験しながらも、心身の健康を守れているばかりか、その経験を人間的な成長や発達にしている人たちがいる。彼女らに共通する要因や条件=健康要因は、一体何なのか？</p>	<p>健康へ導くもの=ストレス対処力</p> <p>健康生成論</p> <p>健康</p> <p>健康へ導くもの 例：利用者さんの笑顔、頼れる仲間、安らげる時間</p> <p>生きていく</p> <p>健康破綻</p> <p>健康破綻に向かわせるもの 例：過剰な仕事、人間関係の摩擦、経済的困難</p>
<p>ストレス対処力(SOC)とは</p> <p>・過去に様々な困難に出会いながらもうまく乗り越え、現在は健康的に生き生きと生活している人に見られる特徴として表された「力」</p> 	<p>ストレス対処力の構成要素 その1</p> <p>・人生の見通しが効き自分の立ち位置がわかる感覚</p>  <p>・把握可能感：不安やいらいらの原因を自分である程度把握して理解できているという感覚</p>
<p>ストレス対処力の構成要素 その2</p> <p>・直面した出来事をうまく処理する際にあてにできる人／モノなどが自分の周囲にいる／ある感覚</p>  <p>・処理可能感：目の前の困難があっても、自分には助けになるひとがいる、モノや考え方もあるから、何とか切り抜けてやっていけると思える感覚</p>	<p>ストレス対処力の構成要素 その3</p> <p>・人生には意味があり困難に出会ってもそれは挑戦に値するという感覚</p> <p>いろいろな大変でもやっぱりこの仕事を続けたい</p> <p>仕事を続けることは自分自身家族にとっても大切なこと</p>  <p>・有意味感：「この困難が次のステップになる」などと考え、ストレスと向き合うことに意味を見いだせる感覚</p>

図 1-2 学習プログラムの中での講義資料の一部 その 2

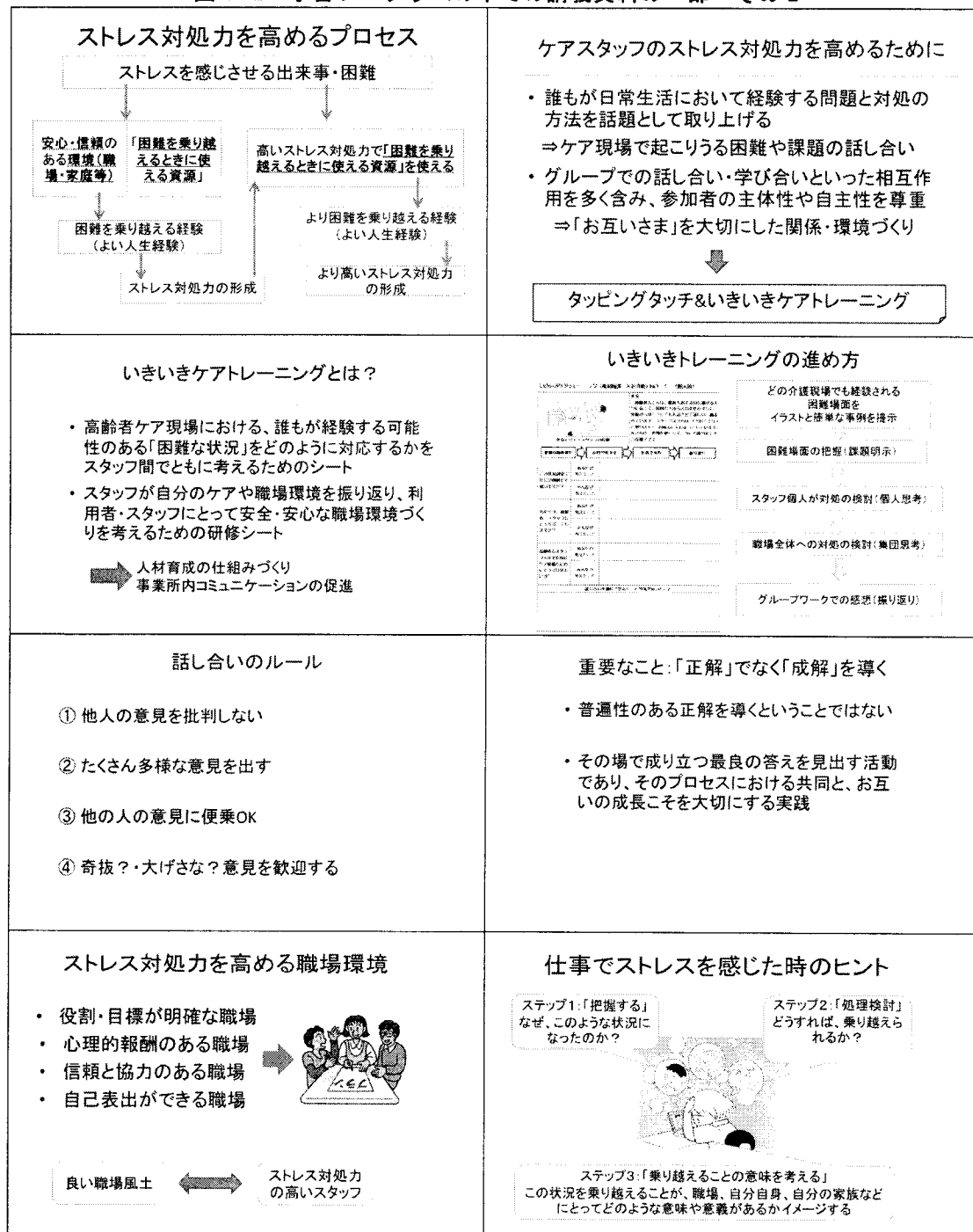


図2 リラクゼーション法（タッピングタッチ）

説明資料

タッピングタッチに関する説明

1. タッピングタッチとは？

タッピングタッチとは、指先の腹のところを使って、軽く弾ませるように左右交互に優しくたたくことを基本としたホリスティック（統合的）でシンプルなケアの技法です。こころと体の緊張をほぐし、心身ともに健康であろうとする内なる力に働きかけ、本来の明るさや優しさを取り戻すことによって、みんなで仲良く生活することの楽しさを思い出させてくれます。多くの人たちが学び、日常生活と専門分野での利用が広がることによって、個人、家族、コミュニティ、そして地球全体の健康が促進されます。

2. どんな風に使えるか？

- 日常的に、お互いをケアしあうために
- セルフケアとして、心身の健康を保つために
- 人間関係をよりよく楽しくするために
- 心や体のケアを必要とした時に
- 感情や情動に関するコントロールに関するサポートに
- 介護者のストレスマネジメントのために



3. どのような効果がありますか？

<精神的効果>

- 不安や緊張が減り、リラックスする
- 否定的な感情が減り、プラス思考になる

<身体的な効果>

- 体がほぐれて、リフレッシュする
- ストレス反応が減り、疲れや痛みが軽減する

<関係性の効果>

- 場が和やかになり、交流が深まる
- 親しみがわき、安心や信頼感を感じる



4. スタッフケアでの応用は？

ケアスタッフの皆さんに事前にタッピングタッチの研修会を実施してから、ケアスタッフの皆さんがリラックスして、グループディスカッションに臨めるようにサポートしていきます。具体的には、グループディスカッションの前に10分程度実施できるようにサポートします。

5. タッピングタッチをすることが困難に感じた場合は？

タッピングタッチを実施することが困難な場合はもちろん無理にすることはありません。途中で辞めてもなんら問題はなく、不利益になることもありません。

図 3-1 健康生成論的協同学習プログラムの説明文書

健康生成論的協同学習プログラムの活用方法について

1. 目的

ケア従事者が十分な学習のもとで主体的に考え行動することができ、かつ心身共に健全・健康であることが保証される環境づくりをすることが、高齢者の尊厳保持されたケア現場につながると考えます。

そこで、このシートを活用して検討することで、日常業務の中でおこる「なにかおかしい」「これでいいの」と思われる場面に対して、職場内のスタッフ同士で検討し、高齢者もスタッフも安全安心なケア環境づくりへの一助とすることを目的としています。

2. トレーニングシートの使い方

①スタッフを非難しない

イラストの中には、スタッフが困難に感じるような場面を提示しています。困難な状況における利用者の気持ち、スタッフの気持ちを出し合って、困難な状況の本質について話し合っていくことを目標にしています。

②場面設定の説明は最小限に

場面の説明は、最小限にしています。それは、話し合いの中で、参加するスタッフの経験や状況など出し合って、踏み込んで討議いただきたいと思えます

③感性を働かせて

高齢者の気持ちやスタッフの気持ちの場面では、その役になり切って、簡単な言葉で書き表してください。全員の意見をまとめ上げる必要はありません。参加者の意見をそのまま、記述していただければよろしいです。

3. トレーニングシートのねらい

- ①困難な場面の要因をスタッフ間で共有し、ケアスキルがスタッフ間で学べること
- ②困難な場面を発見したときに、利用者スタッフの両方へサポートできる力をつけること
- ③利用者もスタッフもともに安全安心なケア環境をつくること

4. 準備および進め方

- ①グループ編成 4～6 名
- ②役割分担 司会（リーダー）、書記（発表者）
- ③時間配分

各自個人 5 分程度で、「何が問題か?」「サポート方法」「どうすればよいか」を記載。

その後、リーダーの指示で、参加者の意見を聞く。まとめる必要はない。

各自「話し合いを通して気づいたこと」をグループ内で報告

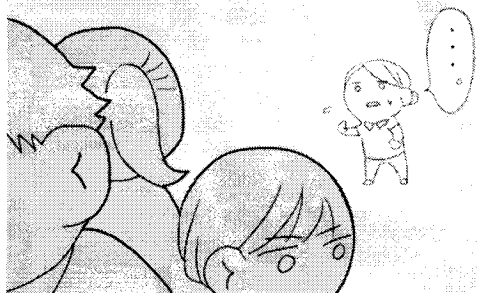
最後に各グループで、主として「話し合いを通じて気づいたことを発表。

5. アンケート

このトレーニングシートは現在、開発中です。ぜひ、みなさんの意見をいただき、よりよいものにしていくために、アンケートのご協力ください。

図 3-2 健康生成論的協同学習のためのシート例

いきいきケアトレーニング（先輩に聞きづらい）



状況： Aさんは、中途採用ということもあり、即戦力を期待され、忙しい職場に配属されました。しかし、Aさんにとっても経験はあるものどのように仕事を進めていいのかわからないことだらけです。しかし、同じ職場で働く方々はみな親切な方ですが、皆自分の業務で精一杯な様子で、聞きたいことが十分に聞けないままに仕事を任されてしまいました。Aさんは孤独な気持ちになり、困っています。

課題の読み取り

各自で考える

全員で共有

振り返り

この状況設定でなにが問題だと思いますか？	あなたが考えたこと	
	みんなが考えたこと	
あなたは、スタッフにどうサポートしますか？	あなたが考えたこと	
	みんなが考えたこと	
安全安心なケア職場のためにどうすればよいのか？	あなたの考えたこと	
	みんなの考えたこと	
話し合いを通じて学んだことや気が付いたこと		

図 4-1-1 健康生成論的協同学習事例（介護職員間での葛藤）

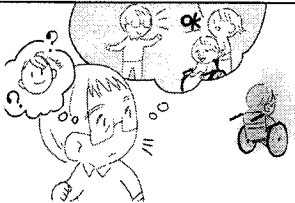
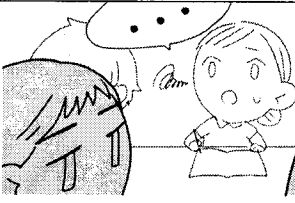



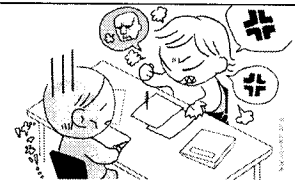
<p>サポート体制づくり ～仕事の指示が伝わらない～</p> 	<p>状況：リーダーAは、利用者の様子が気にかかるので、見守りをするように、新人に伝えて、外出した。1時間後に、戻ってくると、利用者が、ひとりで放置されていた。新人スタッフBは、リーダー不在の間の利用者の報告はなく、他の業務をしている。リーダーは、新人の様子に疑問がありながらも、声かけづらい様子である。</p>
<p>サポート体制づくり ～理解してもらえない～</p> 	<p>状況：スタッフAが食事介助していた時に誤飲事故があり、その対策会議を行っている。事故原因や事故予防を話し合うが、スタッフAは、事故原因や予防策を真剣に考えているようには思えない。事故予防委員会を担当するリーダーBは、スタッフAが、誤飲事故への対応を繰り返すのではないかと不安になっている。</p>
<p>サポート体制づくり ～希望どおりの仕事でなかった～</p> 	<p>状況：新人スタッフAは、利用者とディサービスなどで関わりたいと思っていたが、配属された職場は、希望していた業務内容とは違っていた。新人スタッフAは、仕事にやる気を失っている。リーダーBは、新人スタッフAに、いろいろなことをやれる職員に育てたいと考えている。</p>
<p>サポート体制づくり ～先輩に聞きづらい～</p> 	<p>状況：スタッフAは中途採用のため、即戦力を期待され、忙しい職場に配属されました。しかし、前職のキャリアを直に活かせず、仕事に負担感を抱えていた。同じ職場で働くスタッフは自分の業務で精一杯な様子である。スタッフに負担をかけたくないと思い、聞きたいことが十分に聞けないまま、不安なままに仕事をしている。</p>
<p>サポート体制づくり ～イライラしている同僚に頼みづらいとき～</p> 	<p>状況：スタッフAとスタッフBは、同じ部署で働く同僚である。スタッフAは、朝からイライラしていて、スタッフBは、仕事をしづらく感じている。スタッフBは利用者のトイレ介助をしようとしたら、他の利用者から声をかけられ、スタッフAにその対応を頼んだら、怖い顔でにらまれた。スタッフBは、スタッフAのイライラが気になり、仕事が頼みづらく困っている。</p>
<p>サポート体制づくり ～利用者や家族への不満を漏らす同僚への対応～</p> 	<p>状況：スタッフAは常に利用者やその家族に対して感情的に不満を漏らし、その話を延々30分以上訪問の度にスタッフBにする。その度に話を聞き、だんだんその話を聞くことが負担になってきた。スタッフBは、仕事が進まないばかりか、その同僚スタッフへの嫌悪感を持ち、職場にすることが負担になりつつある。</p>

図 4-1-2 健康生成論的協同学習事例（介護職員間での葛藤）

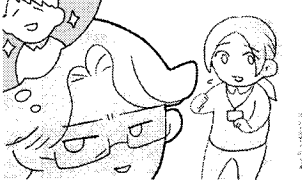





<p>サポート体制づくり ～以前所属していた職場と比較し、現場に馴染めない職員～</p> 	<p>状況：最近、新たに入職されたスタッフAは、ケアに対する知識も豊富で、適切に仕事をこなしている。しかし、所属職場やスタッフに対して、不満を持っており、いつも前の職場を引き合いにし、所属職場に馴染もうとしない。リーダーBは、スタッフAが職場で孤立している。</p>
<p>サポート体制づくり ～業務の過重負担～</p> 	<p>状況：真面目で仕事熱心なスタッフAさんは、利用者・同僚共に信頼されています。しかし、最近は事務仕事もどんどん任せられ、また、Aさんを頼って、利用者からもさまざまな要求をされ、残業の毎日となっています。事務のミスが続き、他のスタッフとの間にジレンマを感じています。仕事への意欲が低下し、「本当にこのまま仕事が続けられるのか。」と悩んでいます。</p>
<p>サポート体制づくり ～仕事が頼めない～</p> 	<p>状況：リーダー業務1年目スタッフです。新人スタッフにも1人で夜勤に入ってほしいのですが、まだ自信がない様子で、もう少し様子をみようと思います。また、自分が担当する業務を他のスタッフに頼みたいのですが、「リーダーさんしかできない」と言われてしまい、結局毎日残業する日々となり、仕事を抱え込んで悩んでいます。</p>
<p>サポート体制づくり ～上司との葛藤～</p> 	<p>状況：すぐに感情的になる上司に仕事を頼まれましたが、威圧的な態度のため、十分に仕事内容を把握できないまま、仕事に取り組んでいました。そのこともあり、自分の思うように仕事が進まないスタッフに対して、上司は突然怒り出しました。スタッフは、上司が何を目的にどのように行いたいのか伝わってきません。ただ、上司に対して嫌悪感をもってしまい、避けるようになっていきます。</p>
<p>サポート体制づくり ～育児との両立での葛藤～</p> 	<p>状況：5歳と8歳の子どもを育てながら、仕事を両立し、最近常勤スタッフになりました。仕事にやりがいを感じ、職場でも期待される存在です。そのため、仕事量が増え、残業も増えてきました。子どもの食事の時間が不規則になり、ゆっくりと時間が取れなくなっていることにストレスを感じ、元のパート職員に戻りたいと悩んでいます。</p>
<p>サポート体制づくり ～現場の声を無視した上司の要求～</p> 	<p>状況：近隣に新しい施設が開設し、ベテランスタッフ数人が急遽退職しました。現場に残されたのは若手職員ばかりで、現場が十分に回っていません。それにもかかわらず、重症度の高い利用者（車いすや寝たきり等）をさらに受け入れようとしています。スタッフの申し入れも聞く耳を持たない身勝手な施設経営者に対して、憤りを感じています。</p>

図 4-2 健康生成論的協同学習事例（認知症ケアでの葛藤）

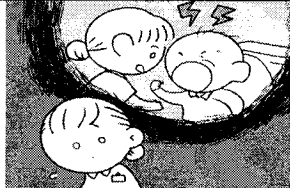
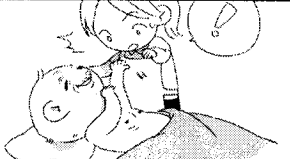
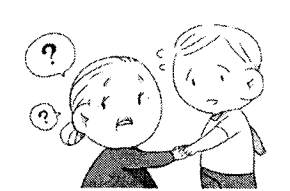
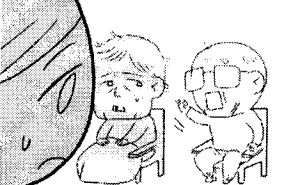

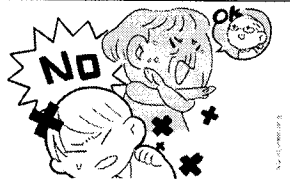
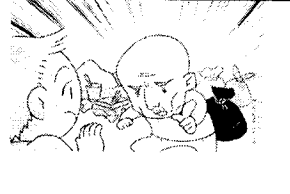
認知症ケアのサポート ～利用者からの暴言への対応～	
	<p>状況：「お前では、役に立たない」「触るな」など、スタッフの介助をほとんど拒否され、他の入所者への「あんたら、そんなこともできないのか」などの暴言もあり、意思疎通が困難な状況の利用者さん。家族はなかなかお見舞いにもきてくれない。排泄介助の時に、その利用者につばをかけられ思わず、手をつかんで転倒させてしまった。「もう本当にあの利用者さんの介護は私にはとてもできない」と悩んでいる。</p>
認知症ケアのサポート ～高齢者からのセクハラを受けた時の対応～	
	<p>状況：入職してまだ半年のスタッフが男性高齢者への清拭をしている時に、突然胸をギュッと触られてしまいました。スタッフは、びっくりして「やめてください」と手を払いのけましたが、高齢者はにやにや笑っています。スタッフは困ってあなたに相談に来ました。</p>
認知症ケアのサポート ～利用者同士の調整①～	
	<p>状況：高齢者Aさんは、認知症があり、意思疎通が困難になっています。ある日、他の利用者がおしゃべりしている中に入っていくとして「ここに来ないで。あっちに行って」と他の利用者からきつく言われました。そこで、スタッフBさんは、Aさんを他の場所に仕方なく、なんとか誘導しようと思いますが、Aさんは理解できなくて混乱しています。</p>
認知症ケアのサポート ～利用者同士の調整②～	
	<p>状況：高齢者Aさんは、「あんたは、足が悪いんか。」「そんなこともできないのか。」など、同じくディサービスを受けている利用者があまり触れてほしくないことを言っでは、まわりの利用者から嫌がられています。しかし、本人は、そのことに気が付かず、注意してもすぐにまた、大きな声で話し始めます。スタッフは対応に困っています。</p>
認知症ケアのサポート ～ケア拒否され、抵抗を受けた時の対応～	
	<p>状況：利用者Aさんに、夕食後、口腔ケアをするために歯ブラシを手渡し、歯磨きを促そうとすると、スタッフBさんはいきなり髪の毛を引っ張られ、顔を叩かれてしまいました。驚いたBさんが、思わずAさんの手を強く払いのけたところ、Aさんが転倒してしまいました。</p>
認知症ケアのサポート ～スタッフを特定された時の対応～	
	<p>状況：要介護1の 独居のやや気難しい女性利用者。ヘルパーは特定の人はいれませんと何回言っても、特定のヘルパー以外は受け入れようとしません。「これ以上、調整できない」と申し出を今回しましたが、「なぜできないのか。私を見捨てるのか」など、今度は脅しともとれるような高圧的な態度です。高齢者とヘルパーとの調整で困っています。</p>
認知症ケアのサポート ～1人暮らし利用者のサービス拒否への対応～	
	<p>状況：認知症で1人暮らしの利用者。計画表の修正で、訪問介護（家事援助）を提案したところ、「お金がかかる。儲けるために、言っているのか」と拒否的なため、様子を見ることにしていた。すると近所から苦情もあったと伝えると「どうしてくれるのか。あなたのせいだ」と言われ、これ以上どうやって関わったらいいのか悩んでいると打ち明けられた。</p>

図 4-3 健康生成論的協同学習事例（不適切ケアでのジレンマ）

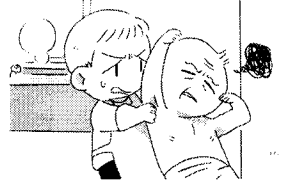

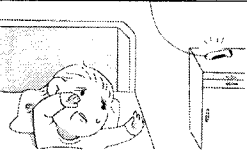
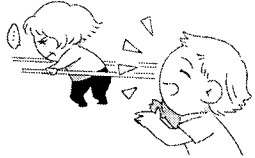
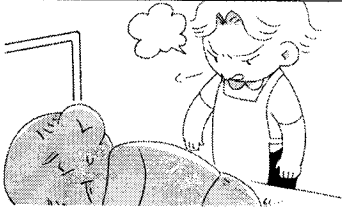
不適切ケア防止 ～入浴拒否する利用者を無理強いするスタッフへの対応～	
	状況： 高齢者Aさんは、最近入浴するのを嫌がるようになって、前回の入浴もされませんでした。家族からはどうしても入浴させてほしいと頼まれています。スタッフBさんは、「今日こそは」と勢い込んで、お風呂に入れようとしています。Aさんは、表情を硬くして、今にも怒り出しそうな様子です。
不適切ケア防止 ～帰宅願望を無視したスタッフへの対応～	
	状況： 帰宅願望の強い女性高齢者が「息子が家で待っていて食事の用意をしなくてはならない。早く家に帰りたい」とスタッフに声をかけています。「ハイハイハイ」と目を合わせようともものせずに、通り過ぎていきました。女性高齢者は、落ち着かない様子です。あなたは高齢者の様子と同僚のスタッフの対応が気になっています。
不適切ケア防止 ～夜勤帯の頻回のナースコールへの対応～	
	状況： 利用者Aさんは、夜間頻回にナースコールがあり、その度に訪室するのですが、「今何時なのか」「枕の位置を変えてくれ」など緊急な用件でないことがほとんどです。スタッフBさんは夜勤帯1人で対応に当たっており、朝までにやらなければならないことが山積みです。そのため、Aさんのナースコールを手が届かないところに置いてしまいました。
不適切ケア防止 ～対象者に合わない対応をしている同僚への対応～	
	状況： 利用者Aさんは、脳梗塞後遺症で現在歩行練習中です。Aさんは努力家でかつプライドも高く、早く歩けるようになりたいと懸命に毎日歩行練習しています。その様子を見ていたスタッフBさんは、Aさんに対し、「上手！上手！その調子！」とまるで子どもが初めて歩く時のように声掛けしていました。Aさんは浮かない表情です。
不適切ケア防止 ～感情的な対応を行っている同僚への対応～	
	状況： 利用者Aさんは、「大量に便がでた」とナースコールをして、スタッフBさんを呼び出しました。スタッフBさんは、Aさんの便がおむつからはみだしているのを見て「あ～もう。もっと早く言ってよね」と舌うちしていました。利用者Aさんは、申し訳なさそうな顔をととても辛そうです。

図 4-4 健康生成論的協同学習事例（身体拘束）


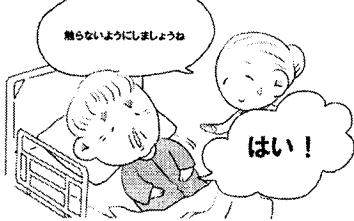
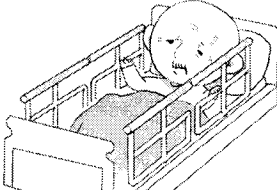
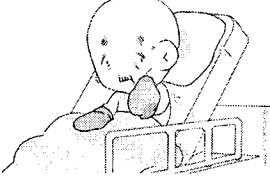
<p>身体拘束防止 ～車椅子からの転落防止のための腰ベルト～</p> 	<p>状況： 80 歳女性認知症の利用者 A。つかまり立ちは可能だが、ふらつきが著明。常に介助が必要。思い通りにならないと暴力等があり、また、すぐに立ち上がろうとする。レクリエーションに参加を促すが A に常に介助に当たれるスタッフが当日不在のため、スタッフ B は、安全を優先して車いすの拘束により転倒防止になると考え、A に説明して車いす拘束を行った。</p>
<p>身体拘束防止 ～おむつ外し防止のためのつなぎ服～</p> 	<p>状況： 80 歳女性重度認知症で緑内障の利用者 A。以前にいた施設で、おむつはずし防止と胃瘻部位の安全確保のため、つなぎ服をきている。名前を呼ぶと、「ハイ」と大声で応じるが会話の内容はつじつまが合わない。そして、利用者 A は、気になるようでお腹周りを常に触っている。「かゆみがありますね。おなかの管が抜けないようにしましょうね」と言うと「ハイ」と返事はするが、理解は難しい。</p>
<p>身体拘束防止 ～転落防止のための 4 点ベッド柵～</p> 	<p>状況： 78 歳男性難病の利用者 A。A は全身の掻痒感があり、常にベッドに体を押し付けているため、ベッド上でずれていく。そのため、自分で移動してベッドから転落する事故が前回のショートステイであったため、家族と相談し、本人にも了解を得て、4 点ベッド柵を致し方なく実施することになった。</p>
<p>身体拘束防止 ～頻回転倒する高齢者の家族からの依頼～</p> 	<p>状況： ショートステイ利用中の 85 歳男性認知症の利用者 A。前回のショートステイで転倒事故があったため、「みなさんに迷惑をかけますから、必ず寝た後はベッド柵をして、事故が絶対ないようにしてください」と言われた。身体拘束廃止の趣旨を説明しても、「かならず約束を守ってください」といい、家族もかなり疲れているようすで、それ以上何も言えなかった。</p>
<p>身体拘束防止 ～カテーテルの安全保持のためのミトンの着用～</p> 	<p>状況： 80 歳男性脳梗塞後遺症による左不全麻痺の利用者 A。要介護 5。排泄はおむつを使用。膀胱留置カテーテルを挿入している。記憶力、理解力に問題があり、認知機能の低下もみられる。おむつカバーに手を入れ、膀胱留置カテーテルを頻繁にひっぱる動作がみられ、留置カテーテルの安全確保のため、ミトンを着用している。</p>

図 4-5 健康生成論的協同学習事例（非常時での対応）



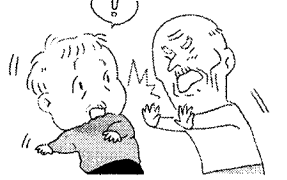

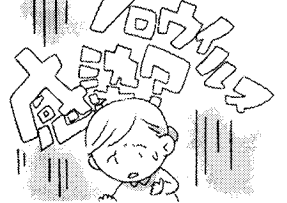
非常時の対応 ～ディルームでの意識喪失した利用者への対応～	
	<p>状況：85歳女性認知症の利用者A。入浴後、いつもと変わりなくディルームでお茶を飲みながら、他の高齢者おしゃべりをされていたと思っていた。しかし、突然意識喪失され、うつ伏せになり、話しかけにも応答されない。どう対応してよいかわからなくて困ったスタッフBは、看護師を呼び、「どうしたらいいのかわからないので、怖いです」と他の高齢者の前で、パニックになってしまった。</p>
非常時の対応 ～ターミナル期の夜勤時の対応～	
	<p>状況：老衰でターミナル期95歳代男性A。最近ほとんど食べ物も口にせず、反応も意味がわかりづらい声を発するのみ。体位変換できないので、2時間ごとに夜間帯も体位変換している。スタッフBは、夜勤帯に他の利用者さんの対応があり、巡回を1時間遅れて伺ったところ、全く反応なく、すでに死亡されていた。</p>
非常時の対応 ～入所者同士のトラブルへの対応～	
	<p>状況：90歳男性認知症の利用者A。プライドが高く、いつも他の利用者もスタッフも寄せ付けない様子である。しかし、月に1回の行事の日なので、みんなで楽しみたいと新人スタッフBが誘ったところ、「あなたのためにしかたがない」と参加してくれた。ところが、いつも賑やかな女性利用者が「Aさん、一緒に参加するのはめずらしいね」と声掛けしたところ、「余計なこというな」と利用者Aは女性利用者を突き倒してしまった。</p>
非常時の対応 ～職員のインフルエンザへの対応～	
	<p>状況：スタッフAは、勤務5年目30代女性職員。仕事は休憩が取れないくらいに忙しく、また家庭では、子どもの体調が悪く、十分に睡眠がとれなかった事から、体力消耗していた。他のスタッフに迷惑をかけたくないという思いから、無理してなんとか夜勤をこなした。しかし、自宅に、戻ったところ39度を超え、インフルエンザと診断された。</p>
非常時の対応 ～見舞客からのノロウイルス～	
	<p>状況：利用者Aの家族がお見舞いに来たところ、居室の中で嘔吐された。ナースコールがあったため、急いで、素手で吐物を処理してしまった。後から症状を聞いたところ、発熱もしており、ノロウイルスの可能性もあるとわかった。素手で触ってしまい、他の利用者にもうつさないか不安になった。</p>

図 4-6 健康生成論的協同学習事例（介護事故での対応）

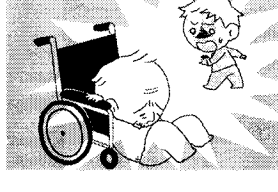


リスクマネジメント	～軽度認知症者のひっかかり転倒事故予防の対応～
	<p>状況：85歳女性、軽度認知症の利用者A。自立意欲が高く、他の人が困っているとすぐに気が付いて、助けようとされる。ディルームのスタッフBが少し席を離れた時に他の利用者がお茶をこぼしたのを見て、机をふこうと立ち上がろうとしたところ、他の利用者の椅子に足がひっかかり転倒してしまった。</p>
リスクマネジメント	～車いすからのずり落ちの転落予防事故への対応～
	<p>状況：75歳難病で肢体不自由の利用者A。日中に、みんなでテレビを見て落ち着いている様子だった。その間に、スタッフBは電話がかかってきたので、少し席をたった間に、車椅子から転落してしまった。本人に聞くと、背中がかゆいと車いすの背もたれで、こすっていたところ、だんだんと擦り落ちて、姿勢が保てなくなったとの事であった。</p>
リスクマネジメント	～転落事故後の連絡に関する家族からの苦情対応～
	<p>状況：ベッドから転落された高齢者の家族に連絡し、病院受診後、送迎を行ったところ、「なぜ、転倒後すぐに連絡をしてくれなかったのか。転倒をしたことを隠そうとしたのではないか。また送ってくれたスタッフは、黙って帰っていった。一体施設はどうなっているのか」と厳しい申し出がありました。</p>
リスクマネジメント	～円背で急いで食べる方への誤飲事故予防への対応～
	<p>状況：80代軽度認知症の女性A。円背でうつむいた姿勢でしかも、早食いである。スタッフBは、全体に配膳がやっと終え、食事の様子を見ていたら、利用者Aがうつむいて苦しそうにしているので、声掛けしたところ、むせこんでいた。そのため、背中から叩いて、詰まったものをなんとか取り出せた。</p>
リスクマネジメント	～誰のものかわからない薬の発見～
	<p>状況：認知症で高血圧の利用者A。服薬は毎朝、毎晩で薬は、家族がいつも届けてくれている。薬は、看護師が毎回セットしておく。しかし、食後にスタッフBが薬と水を直接渡し、服薬介助を行った。しかし、同僚のスタッフからの指摘で、床に利用者Aの薬らしものが落ちていたことに気が付いた。</p>

図 4-7 健康生成論的協同学習事例（ユニットケア）

ユニットケアでの葛藤～休みがとりづらい状況～	
	状況：スタッフ A は、ユニットケアのリーダー職員である。家事都合があり、1 か月前から、休暇を申し出していた。しかし、他のスタッフの急な退職や入所者の体調の変化などが重なり、リーダーである責任を感じて、休みがとりづらい状況である。スタッフへどのように休みを申し出るか悩んでいる。
ユニットケアでの葛藤～1 人でケアをしなければならない不安～	
	状況：スタッフ A は、職場異動で初めてユニットケアに配置された。スタッフ A は、いままで、通所介護で複数のスタッフが配置されているなかで、チームでケアにあたっていた。そのため、1 人で夜勤をすることに大きな不安を抱えていた。
ユニットケアでの葛藤～他のスタッフに相談できない状況～	
	状況：スタッフ A は、他のユニットから、職場異動してきたベテランスタッフ。ユニットスタッフは、各自の仕事で精一杯で、各自自分の担当業務をこなしている。ベテランスタッフ A は、みんなに仕事内容を聞きたいが、仕事の負担を増やしてしまうことを心配して、相談できない状況である。
ユニットケアでの葛藤～利用者との話が長引き、業務が気になり落ち着かない状況～	
	状況：スタッフ A は、入所者 B の居室に入ると、いつも嬉しそうに話しかけられる。入所者 B の話はいつまでも続き、結果、1 時間以上になることもある。入所者 B の話を聞くことはとても大切なケアであると考えているが、他の入所者の状況が気になり、落ち着かない。
ユニットケアでの困難～利用者からのケア拒否にあっても代替えができない状況～	
	状況：スタッフ A は、入所者 B から、夜間ナースコールを受け、訪室した。「なにかありましたか」と声かけしたところ、「なんだ。君か。ほかのスタッフはいないのか。トイレに行きたいが、君では無理だ」と言われた。なんとか、一緒に行こうとするが、断られ、困っている。

（２）健康生成論的協同学習プログラムへの適用

健康生成論的協同学習プログラムにおいて、事例を検討する際のファシリテートの視点は、健康生成的アプローチ（表 1）のように整理した。

事例内容は、職員間の人間関係、認知症ケア、不適切ケア、身体拘束、非常時の対応、介護事故、ユニットケアでの困難の 7 種類（合計 40 枚）から選択するようにした（図 4-1～7）。

仕事で経験する介護職員と高齢者、介護職員同士の葛藤やジレンマなどを感じる困難な場面とし、その場面でのケア方法等を検討する。事例検討をファシリテートする視点として、仕事での葛藤やジレンマにのみ注目せず、それに至る過程やその人の背景・特性・資源などから考えるように促す。具体的には、「なぜ、高齢者（介護職員）はそのような状態になっていると思いますか」と質問する。次に事例を考える視点として、その事例の葛藤やジレンマにのみ注目するのではなく、事例の葛藤やジレンマを和らげる対処方法に焦点を当てて話し合うように促した。具体的には、「どのようにケア（対処）したらよいと思いますか」と質問する。さらに、対処方法は、事例の葛藤やジレンマを一掃するような方法ではなく、その状況や環境に適応できるようその人（高齢者・介護施設職員）の背景や特性・資源などから考える。具体的には、「お互いになるべく無理しない安心安全なケア（対処）方法を考えてみてください」と話す。また、全員が正解と考えるケア（対処）ばかりでなく、さまざまな立場から今まであまり取り上げられてこなかったケア（対処）も含め、適時・適切にその状況で成立する解答を導くように促す。具体的には、「お互いに無理しない安心安全なケア（対処）を考えてみてください」と話す。事例への話し合いにより、ケアや仕事での葛藤やジレンマ等のストレスは、誰にでも起こり得る避けられないものであり、介護職員の成長や相互理解等のきっかけになることに気づけるように促す。具体的には、「話し合ってみて、気づいたことや学んだことはどのようなことですか」と質問するなどに留意した。

2. 学習プログラムの目的・目標

プログラムの目的は、介護職員がリラックスした雰囲気の中で職場の課題への対処を語り合う健康生成論的協同学習により、学びと仲間との絆を深め、SOC の向上といきいきと働ける職場環境づくりを行うことである。プログラムの目標として、①介護職員が職場内の課題への対処について、親和的な雰囲気の中で、話し合いができる、②介護職員が協同学習から、職場内の仲間から新たな知識・経験などを学べ、職場の帰属意識が高まる、③介護職員が、自らのケアを振り返り、経験を語るにより、利用者へのケアを改善できる、④介護職員が介護職員間の相談・連携により、適切なケアを提供できる職場環境づくりができるとした。

3. 学習プログラム評価の結果

(1) 対象者の属性

平均年齢(±SD)は、43.7(±11.2)歳であった。性別は、女性 67.1%(100名)、男性 32.9%(49名)であった。ケアの経験の平均年数(±SD)は、11.7年(±8.4)であった。保有資格(重複回答)は、多い順に介護福祉士が 59.6%(90名)、介護支援専門員が 22.5%(34名)、社会福祉士が 13.2%(20名)であり、資格なしが 5.3%(8名)であった。所属する施設(重複回答)は、多い順に老人福祉施設が 42.4%(64名)、認知症対応型グループホームが 31.8%(48名)、高齢者専用住宅が 17.2%(26名)であった。

(2) 学習プログラム評価の結果

学習プログラムの評価の結果は、表4に示すとおりである。

学習内容は、研修のテーマ、タッピングタッチ、講義内容、健康生成論的協同学習の4項目について評価した。研修のテーマは、94.0%(140名)が肯定的評価であり、6.0%(9名)が否定的評価であった。タッピングタッチは、95.3%(142名)が肯定的評価であり、4.7%(7名)が否定的評価であった。講義内容は 91.3%(136名)が肯定的評価であり、8.7%(13名)が否定的評価であった。健康生成論的協同学習は、92.6%(38名)が肯定的評価であり、7.4%(11名)であった。

参加者の反応は、「プログラムは理解できたか」、「プログラムは楽しく感じられたか」、「プログラムは有意義だったか」の3項目で評価した。「プログラムは理解できたか」は、98.7%(147名)が肯定的評価であり、1.3%(2名)が否定的評価であった。「プログラムは楽しく感じられたか」は、94.8%(141名)が肯定的評価であり、5.4%(8名)が否定的評価であった。「プログラムは有意義でしたか」は、141名(94.6%)が肯定的評価であり、8名(5.4%)が否定的評価であった。

プログラム中の学習と応用は、「プログラムは振り返りになるか」、「プログラムは気づきや学びになるか」、「プログラムは仕事や生活で活かせるか」、「プログラムは、職場で行ってみたいか」の4項目で評価した。「プログラムは振り返りになるか」は、肯定的評価は、98.7%(147名)が肯定的評価であったが、1.9%(2名)が否定的評価であった。「プログラムは気づきや学びになるか」は、96.0%(143名)が肯定的評価であったが、4.0%(6名)が否定的評価であった。「プログラムは職場で行ってみたいか」は、94.6%(141名)が肯定的評価であったが、5.4%(8名)が否定的評価であった。

業務や職場へのトランスファー(学習の転移)については、「プログラムを継続することは高齢者ケアに役立つか」、「プログラムを継続することは職場の良い雰囲気づくりに役立つか」、「プログラムを継続することはストレス対処力がついてくると思うか」の3項目で評価した。「プログラムを継続することは高齢者ケアに役立つか」は、97.3%(145名)

が肯定的評価であり、2.7%（4名）が否定的評価であった。「プログラムを継続することは職場の良い雰囲気づくりに役立つか」は、97.3%（145名）が肯定的評価であり、2.7%（4名）が否定的評価であった。「プログラムを継続することはストレス対処力がついてくると思うか」は、89.3%（133名）が肯定的評価であり、10.7%（16名）が否定的評価であった。

以上のように学習内容、参加者の反応、プログラム中の学習と応用、業務や職場へのトランスファー（学習の転移）に関しては、共に9割が肯定的な評価であった。

新任・中堅期を9年以下とし、管理期を10年以上に分けた経験区分においても、介護・福祉職を介護福祉士、社会福祉士等とし、医療職を看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士等とした職種区分をU検定で差があるか調べたが、有意差がなかった。つまり、経験年数や職種区分で差がなく、学習内容、参加者の反応、プログラム中の学習と応用、業務や職場へのトランスファー（学習の移転）が、共に9割が肯定的な評価であった。

表4 学習プログラムの評価結果 (n=149)

	評価 区分	n (%)	経験区分 新任・リーダー 一期	n (%)	U 検定	職種区分 介護・福祉 職	n (%)	U 検定
<学習内容>								
テーマ	肯定	140 (94.0)	67 (91.8)	73 (96.1)	n.s.	109 (93.2)	31 (96.9)	n.s.
	否定	9 (6.0)	6 (8.2)	3 (3.9)		8 (6.8)	1 (3.1)	
タッピングタッチ	肯定	142 (95.3)	69 (94.5)	73 (96.1)	n.s.	110 (94.0)	32 (100.0)	n.s.
	否定	7 (4.7)	4 (5.5)	3 (3.9)		7 (6.0)	0 (0.0)	
講義内容	肯定	136 (91.3)	67 (91.8)	69 (90.8)	n.s.	107 (91.5)	29 (90.6)	n.s.
	否定	13 (8.7)	6 (6.2)	7 (9.2)		10 (8.5)	3 (9.4)	
健康生成論的 協同学習	肯定	138 (92.6)	68 (93.2)	70 (92.1)	n.s.	109 (93.2)	29 (90.6)	n.s.
	否定	11 (7.4)	5 (6.8)	6 (7.9)		8 (6.8)	3 (9.4)	
<参加者の反応>								
理解できたか	肯定	147 (98.7)	73 (100.0)	74 (97.4)	n.s.	115 (98.3)	32 (100.0)	n.s.
	否定	2 (1.3)	0 (0.0)	2 (2.6)		2 (1.7)	0 (0.0)	
楽しく感じられた か	肯定	141 (94.8)	69 (94.5)	72 (94.7)	n.s.	109 (93.2)	32 (100.0)	n.s.
	否定	8 (5.4)	4 (5.5)	4 (5.3)		8 (6.8)	0 (0.0)	
有意義でしたか	肯定	141 (94.6)	72 (98.6)	75 (98.7)	n.s.	109 (93.2)	32 (100.0)	n.s.
	否定	8 (5.4)	1 (1.4)	1 (1.3)		8 (6.8)	0 (0.0)	
<プログラム中の学習と応用>								
振り返りになるか	肯定	147 (98.7)	71 (97.3)	72 (94.7)	n.s.	116 (99.1)	31 (96.9)	n.s.
	否定	2 (1.3)	2 (2.7)	4 (5.3)		1 (0.9)	1 (3.1)	
気づきや学びにな るか	肯定	143 (96.0)	70 (95.7)	73 (96.1)	n.s.	113 (96.6)	30 (93.8)	n.s.
	否定	6 (4.0)	3 (4.1)	3 (3.9)		4 (3.4)	2 (6.3)	
仕事や生活で活か せるか	肯定	143 (96.0)	69 (94.5)	72 (94.7)	n.s.	113 (96.6)	30 (94.8)	n.s.
	否定	6 (4.0)	4 (5.5)	4 (5.3)		4 (3.4)	2 (6.3)	
職場で行ってみた いか	肯定	141 (94.6)	66 (90.4)	73 (96.1)	n.s.	112 (95.7)	29 (90.6)	n.s.
	否定	8 (5.4)	7 (9.6)	3 (3.9)		5 (4.3)	3 (9.4)	
<業務や職場へのトランスファー (学習の移転)>								
継続することで高 齢者ケアに役立つ か	肯定	145 (97.3)	71 (97.3)	74 (97.4)	n.s.	114 (97.4)	31 (96.9)	n.s.
	否定	4 (2.7)	2 (2.7)	2 (2.6)		3 (2.6)	1 (3.1)	
継続することで職 場の良い雰囲気づ くり役立つのか	肯定	145 (97.3)	72 (98.7)	73 (96.1)	n.s.	114 (97.4)	31 (96.6)	n.s.
	否定	4 (2.7)	1 (1.4)	3 (3.9)		3 (2.6)	1 (3.1)	
継続することでス トレス対処力がつ いてくると思うか	肯定	133 (89.3)	64 (87.7)	69 (90.8)	n.s.	104 (88.9)	29 (90.6)	n.s.
	否定	16 (10.7)	9 (12.3)	7 (9.2)		13 (11.1)	3 (9.4)	

Mann-Whitney U検定 n.s.:not significant

評価区分 肯定:そう思う、まあまあそう思う 否定:あまりそう思わない、そう思わない

経験区分 新任・中期:9年以下 管理期:10年以上

職種区分 介護・福祉職:介護福祉士、社会福祉士等 医療職:看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士等

(3) 自分の職場での実施してみたいかの量と質の統合的結果について

自分の職場で実施してみたいかに関する結果は、量的データと質的データの統合的結果を視覚的に示す「ジョイント・ディスプレイ」¹²⁾により表5で示した。

プログラムを自分の職場でやってみたいかという質問には、93.3% (139人) が肯定的な評価であり、その理由は【職場の人間関係を強くするから】【ケア内容を発展させるから】【精神的健康につながるから】【取り組んでみたいと思える内容だから】【職場の課題解決になるから】の5つのカテゴリで構成された。

【人間関係を強くするから】は、＜意見交換のために柔軟に活用しやすい＞、＜認識を共有できる＞、＜意見を出すきっかけづくりになる＞、＜チームワークを高める＞のサブカテゴリで構成された。＜意見交換のために柔軟に活用しやすい＞の記載例として、「ポイントが絞られていて、グループワークが行い易いと感じたから（女性、管理期）」、「パートの方にもして頂けると感じたから（女性、管理期）」等であった。

【ケア内容を発展させるから】は、＜振り返り考える＞、＜ケア技術が学べる＞のサブカテゴリで構成された。＜ケア技術が学べる＞の記載例として、「他者の考え方が聞け、いろんなケアの仕方があるとわかった（女性、管理期）」、「他のスタッフの意見等参考にしてケアのスキルアップにつなげられる（女性、管理期）」であった。

【精神的健康につながるから】は、＜共感できる＞、＜心地よいから＞。＜メンタルケアが必要＞のサブカテゴリで構成された。＜メンタルケアが必要＞の記載例として、「不安や緊張を抱えながら日々の業務をこなしているから（女性、管理期）」、「ストレスのたまる職場であり、職員のメンタルケアは必要と思う（女性、新任期）」であった。

【取り組んでみたいと思える内容だから】は、＜グループ学習をやってみたい＞、＜タッピングタッチをやってみたい＞のサブカテゴリで構成された。＜グループ学習をやってみたい＞の記載例として、「会議等の前に時間を取り、していけたらと思う（男性、新任期）」、「他のテーマもグループ学習してみたい（女性、管理期）」であった。

【現場の課題解決になるから】は、＜現場にあった学習内容＞、＜問題解決の手がかりになる＞のサブカテゴリで構成された。＜問題解決の手がかりになる＞の記載例として、「現場の問題解決の手がかりになる（男性、リーダー期）」、「解決策が生まれると思う（女性、リーダー期）」であった。

6.7%（10人）が否定的な評価であり、その理由は、【余裕がないから】【意欲が持てないから】【内容に改善が必要から】であった。

【余裕がないから】は、＜時間がとれない＞、＜やってみたいが難しい＞のサブカテゴリで構成された。＜時間がとれない＞の記載例として、「毎日の業務に追われ、精一杯が実情（男性、リーダー期）」であった。

【意欲が持てない】は、＜現実に反映できない＞、＜意欲が持てないスタッフがいるから＞、＜話し合う気持ちになれない＞のサブカテゴリで構成された。＜現実に反映できない＞の記載例は、「施設全体の統一感が全くないため、やっても無駄だと思う（男性、新任期）」であった。【内容に改善が必要だから】は、＜進め方に工夫が必要＞、＜直接現場に関係ないと行いづらい＞のサブカテゴリで構成された。＜進め方に工夫が必要＞の記載例は、「もう一步、突っ込むと良い」であった。

表5 学習プログラムを職場で実施してみたいかについての回答肢に対する理由のまとめ

質問項目	量的データ	質的データ(解答肢の理由の自由記述のまとめ)		
		カテゴリ	サブカテゴリ	代表的な記載(解答者の性別、経験年数区分)
あなたの職場で実施してみたいか	肯定 139人 (93.3%) (111)	職場の人間関係を強くするから(30)	意見交換のために柔軟に活用しやすい(15)	ポイントが絞られていてグループワークが行い易いと感じたから(女、管理期) パートの方にもして頂けると感じたから(女、管理期) 非常に効果的でわかりやすいから(男、リーダー期)
			認識を共有できる(7)	普段の会話やコミュニケーションからはわからないチームスタッフの考えや意見を「トレーニングの場」ということで気軽に聞くことができる(女、新任期) スタッフが新しくなり、まとまりに欠けるので、介護の方針を一本化するためにもいいなと思った(女リーダー期) 施設の中での問題にスタッフ全員の意見が聞けたり、問題の共有ができる(女、中堅期)
			意見を出すきっかけづくりになる(6)	意見を持っても言えないスタッフもたくさんいるので彼らの意見を吸い上げる(男、管理期) 自分の意見が言えなかったがいえるようになった(女、管理期)
			チームワークを強める(2)	チームケアの基本ができるのではないかと感じた(男、中堅期) 職場のチームワークや関わりを深めるのに、有効な手段だと思う(女、管理期)
			ケア内容を発展させるから(29)	振り返り、考える(15) 具体的な事例設定で改めて自分を振り返ることができる(女、管理期) 普段あまり深く考える機会が少ないから(女、管理期)
			ケア技術が学べる(14)	他者の考え方が聞け、いろんなケアの仕方があるとわかった(女、新任期) 他スタッフの意見等参考にしてケアのスキルアップにつなげられる(女、管理期)
		精神的健康につながるから(26)	共感できる(15)	他の人の考え方を理解し、その人への接し方が勉強できる(女、管理期) 普段、一緒に働いている職員の意見や考えが聞けてよかった(男、新任期) 自分以外の方の思っていることがわかるから(男、新任期)
			心地よいから(6)	面白そうだから(男、新任期) リラックスして研修は受けられたから(女、管理期)
			メンタルケアが必要(5)	不安や緊張を抱えながら日々の業務をこなしているから(女、管理期) ストレスのたまる職場であり、職員のメンタルケアは必要と思う(女、新任期)
			取り組んでみたいと思える内容だから(17)	グループ学習をやってみたい(9) 会議等の前に時間を取り、していけたらと思う(男、新任期) 他のテーマもグループ学習してみたい(女、管理期) タッピングタッチをやってみたい(8) タッピングタッチは実践してみたい(男、リーダー期) タッピングタッチ、とても良かった(女、管理期)
		現場の課題解決になるから(9)	現場にあった学習内容(6)	どこの職場でもよく見られる場面であった(男、初任期) 同じ内容の利用者がいる(女、初任期)
			問題解決の手がかりになる(3)	現場の問題解決の手がかりになる(男、リーダー期) 解決策が生まれると思う(女、リーダー期)
		余裕がないから(10)	時間がとれない(6)	毎日の業務に追われ、精一杯が実情(男、リーダー期)
			やってみたいが難しい(4)	できるといいますが、時間に追われてなかなか難しい(女、管理期)
		意欲が持てないから(9)	現実に反映できない(4)	施設全体の統一感が全くないため、やっても無駄だと思う(男、初任期) 研修ではみな良いことが書け、良いことが言える。実際は違う。わかっているのにできない人がいる(女、管理期)
			意欲が持てないスタッフがいるから(3)	真面目に取り組む人がどれだけいるか(男、初任期) スタッフに活用意欲があるかの心配がある(男、管理期)
	否定10人 (6.7%) (24)	内容に改善が必(だから(5)	話し合う気持ちになれないから(2)	発言と現実の違いに疲れを感じそのような気持ちになれない(男、初任期) 上司に対して信頼感を持ってない(男、初任期)
			進め方に工夫が必要(3)	短時間だったので、淡々と進めた感じがあった(女、管理期) もう一歩突っ込むと良い。例えば、「～～」と助言したらよいとか例を出すとよい(女、管理期)
			直接現場に関係ない(2)	居宅対象であったため、施設としては職場では行えない(女、管理期) 各テーマそれぞれ興味深いものでしたが、現在の業務に直接でない(男、管理期)

回答肢 肯定: そう思う、まあまあなと思う 否定: あまりならない、ならない

第4節：考察

1. 開発した学習プログラムについて

本学習プログラムは、介護施設でのストレス要因となる身近な課題をテーマとし、話し合いを主体とした協同学習により、職場の課題を健康生成志向で検討するという内容である。従来、介護を担う殆どの職場では話し合いの重要性は認識され実施されてきたが、その運営は上司のリーダーシップに一任されてきた。介護施設職員のストレスの緩衝や職場づくりを期待しての話し合いが、上司が叱咤、激励といった形でされた場合の話し合いの頻度が高いとストレスが高くなる¹⁶⁾と示され、話し合いの手法や内容の質が重要であるが、経験知によるものが多かったと推測される。本プログラムでは、介護施設での協同理論に基づく話し合いの進行方法や健康生成志向による課題のとらえ方や解決への考え方およびその話し合いから期待される成果について社会的認知理論を適用し明らかにした。プログラムの実施と共に、従来から実施されてきた認知症介護施設での話し合いの手法を見直し、本プログラムの進行方法や現場の課題の捉え方や課題解決への志向等を少しでも取り入れていくことは、介護職員の自己効力感やの SOC 向上やいきいきと働ける職場環境づくりへの醸成が期待できると考える。また介護職員間の質の高い話し合いが日常的に職場内で実施されることは、高齢者ケアへの臨床的発展にも寄与できると考える。

健康教育の理論、研究、実践の研究者であるガンツによれば、プログラム開発者は、プログラムに対する健康行動における変化、改善された過程のしくみ等の結果を測定する責任を持たなければならない¹⁷⁾と示唆している。本プログラムの実践により、介護施設職員の SOC 向上や職場環境づくりの寄与への説明が可能になり、介護施設職員教育の推進にも意義があるといえる。

2. 学習プログラムの評価について

本研究で一番重要な点は、プログラムの評価において、経験年数および職種の違いを問わず、9割以上が本プログラムに関して肯定的な評価をされたことにある。従来、認知症介護の研修は、ケア経験に応じて、初任者研修、リーダー研修、管理者研修と階層別に開発されていた。特に現在は、認知症介護人材不足を背景とした介護未経験者の就労の増加と初任者による認知症介護機会の増加¹⁸⁾が生じている。そこで、重要になるのは、認知症介護現場では多様な価値観、特性、能力を持った介護職員同士が互いに学び合えることが求められる。協同学習理論を適用により、本プログラムは、ケア経験年数や職種に関わらず、9割以上の肯定的な評価となったと考えられる。次に重要な点は、本プログラムは高齢者ケアにとっても役立ちかつ、よい職場の雰囲気づくりにも役立つという回答が9割以上からも肯定的な評価を得たことにある。また、プロセス評価としてプログラムを実施してみたいかという問

いに 9 割が肯定的な回答を示し、その理由が【人間関係を強くする】【ケアを発展させる】という回答を得たことも同時にその両輪であることを示す結果となっている。

しかし、1 割であった否定的な意見では、【余裕がない】意見があり、今後、プログラム実施時間や運用に負担感のないものでなければ、効果的なプログラムであっても普及が困難であると考えられ、より介護職場の現状に即した事例内容などの検討が必要であると考えられた。

また、プログラムの評価項目については、更にプログラムの具体的な改善にむけた評価項目の修正が必要である。「職場で実施してみたい」と 90%以上の肯定的評価を得たが、実際に介護職場でどの程度、実施できるのか、あるいは、健康生成的アプローチによる学習の手法が活かされた話し合い等が実施できているのかについて、参加者への追跡調査やインタビューなどを実施していきたい。また、内容についても、参加者が安心して話し合いができるためのリラクゼーション法は、90%以上の肯定評価であったが、参加者同士が直接触れ合う方法でもあり、対象や場所に応じた手法を適宜適切に、選択できるようにプログラム内容の工夫を検討したい。前後比較デザインによる有効性の検証であり、対照群を設けていないことが課題であると考えられる。次に、参加者に関する限界として、リクルーティングに機縁法を用いた点、参加希望者のみを対象とした点から、本研究の一般化には注意が必要である。また、介入による SOC 向上効果の持続性の検討という観点からは、追跡が必要であると考ええる。また、本研究においては、アウトカム指標を SOC と設定したが、更なる調査においては、職場の葛藤や困難および職場風土に関する調査も併せて行っていきたいと考える。

第5節 小活

本研究は、健康生成的アプローチを適用した介護職員の SOC 向上と健康職場づくりをめざしたプログラム内容を明らかにした。プロセス評価を目的に、介護施設職員を対象にプログラムの 1 回分を実施し、149 名（有効回答率 51%）の回答を得た。その結果、経験年数や職種に有意差なく、プログラムの実施は、「高齢者ケアに役立つ」「職場の雰囲気づくりになる」「職員のストレス対処力につながる」など 9 割以上から肯定的な回答が得られた。

【第2章 引用・参考文献】

- 1) 中川一郎：タッピングタッチ—こころ・体・地球のためのホリスティック・ケア，57 - 70，朱鷺書房，大阪(2004)
- 2) 伊藤薫，中北裕子，坂本涼子：認知症介護実践者研修会における権利擁護に関するプログラム開発への実践報告 危険予知トレーニングを用いた研修内容とその評価．日本認知症ケア学会誌，10 (3)：369 - 378 (2011)
- 3) 伊藤薫：不適切ケア（介護）防止トレーニング第3回職場内研修の計画と実施方法．日総研出版介護人材マネジメント，13：3-8 (2013)
- 4) Aaron Antonovsky. Unraveling the Mystery of Health : How people Manage Stress and Stay Well アーロン・アントノフスキー著、山崎喜比古・吉井清子監訳：健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム．初版，3-18，有信堂，東京(2010)
- 5) Langeland E, Riise T, Hanestad BR, et al: The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. Patient Educ Couns, 62 (2) : 212-219 (2006)
- 6) 山崎喜比古、慢性疾患セルフマネジメントプログラム受講患者におけるストレス対処・健康生成力概念 SOC の向上と「知覚された肯定的変化 (PPC)」との関連性分析結果とその示唆、保健医療社会学論集、05：60 (2013)
- 7) Langeland, E. & Wahl, A.K : The impact of social support on mental health service users' sense of coherence A longitudinal panel study. International Journal of Nursing Studies, 46(6):830-837 (2009)
- 8) 杉江修治：協同学習入門—基本の理解と 51 の工夫、初版，36 - 37，ナカニシヤ出版，京都(2011)
- 9) 安永悟：活動性を高める授業づくり協同学習のすすめ，初版，67 - 78，医学書院，東京(2012)
- 10) Bandura A. Principle of Behavior Modification. New York : Holt , Rinehart & Winston(1969) A. バンディラ著，原野広太郎監訳：社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—，オンデマンド版，89 - 236，金子書房，東京(2012)
- 11) 島津明人：科学的根拠に基づいた職場のメンタルヘルスの第一次予防のガイドライン職場のメンタルヘルスのためのセルフケア教育のガイドライン．産業ストレス研究、20：127-133 (2013)
- 12) 抱井尚子：混合研究法入門 質と量による統合のアート，第1版、67 - 75 医学書院，東京 (2015)
- 13) ドナルド・マケイン著，霜山元訳：研修効果測定の基本 エバリュエーションの詳細マニュアル，初版，73 - 157，ヒューマンバリュー，東京 (2013)
- 14) 新木真理子、東玲子：特別養護老人ホーム職員のジェネラティビティ．西南女学院大学紀要，18，13-21 (2014)
- 15) 舟島なをみ：質的研究への挑戦，第2版，40 - 79，医学書院，東京(2012)
- 16) 堀田聡子：介護労働市場の現状と課題—採用・離職と過不足感をめぐって．(http://www.jil.go.jp/event/ro_forum/20120919/resume/hotta.pdf, 2017.1.16)
- 17) 曾根智史、湯浅資之、渡部基、鳩野洋子（訳者）；健康行動と健康教育—理論，研究，実践．第1版，25 - 48，医学書院，東京(2010)
- 18) 阿部哲也：わが国における認知症介護研修システムの動向わが国における認知症介護研修システムの動向．日本認知症ケア学会誌，15 (2)：433-440 (2016)

第3章 介護職員への健康生成論的アプローチによるプログラム学習プログラムの効果の検証

第1節 目的

第2章であきらかにした健康生成的アプローチによる学習プログラムのSOCへの効果を検証することを目的とする。同時に、SOC向上効果発現メカニズムの解明を行う。

第2節 方法

1. 参加者と調査手順

本研究の対象は、A県内の介護施設で勤務する職員で「ストレス対処力向上講座」への参加を希望した者を対象とした。調査は、2014年9月から2015年2月の期間に、6会場で実施した。プログラムは、約90分～120分程度で各1回実施した。参加者296名に、プログラム介入前、介入後に自記式無記名式質問紙を配布し、郵送法により回答を得て、属性に欠損値のない149名分（有効回答率50.3%）を分析対象とした。

2. プログラム内容

第2章で示した健康生成モデルを基盤に開発した学習プログラム²⁾とリラクゼーション（タッピングタッチ）³⁾を組み合わせたプログラムを90分程度実施した。

3. 調査項目

1) 基本属性

性別、年齢、高齢者ケアに従事した経験年数、保有資格、所属施設

2) SOC尺度（以下SOC）、13項目、7件法⁴⁾

SOC概念を測定する目的で、アロン・アントノフスキーによって開発された尺度が29項目からなる「人生の志向性に関する調査表（Orientation to Life Questionnaire）」である。これは29項目版SOCスケール（SOC-29）と呼ばれている。このSOC-29が開発された際に、同時に13項目短縮版スケールも紹介された。日本国内においては圧倒的にSOC-13の使用が多い。また、SOC-13の年齢性別の標準平均得点も分析されていることから、介護職員のSOCを測定した場合も標準平均と比較することができると考えた。

SOCは、「把握可能感」、「処理可能感」、「有意味感」の3要因を7段階で調査した。

「把握可能感」は、「あなたはこれまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか」、「あなたは、不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと覚えることがありますか」、「あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか」、「あなたは、本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか」、「何か、起きたとき、ふつう、あなたはそのことを過大に評価したり、過小に評価してきたか、あるいは適切な見方をしてきたか」の5つ

の質問項目で構成される。

「処理可能感」は、「あなたは、あてにしていた人にごっかりさせられたことがあります」、「あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか」、「どんな強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか」、「あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか」の4項目で構成される。

「有意味感」は、「あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか」、「今まで、あなたの人生は、明確な目標や目的はまったくなかったか、とても明確な目標や目的があったか」、「あなたが毎日していることは、喜びと満足を与えてくれるか、あるいは、つらく退屈であるか」、「あなたは、日々の生活で行っていることにはほとんど意味がない、と感じることがありますか」の4項目で構成される。

SOC 尺度の得点範囲は 13-91 点で、高得点ほどストレス対処力が高いことを示す。

3) リラックス感尺度（以下リラックス感）、15 項目、5 件法⁵⁾

リラックス感尺度は、主観的な“リラックスした感じ”を測定する前向きな尺度である。

リラックス感は、「緊張因子」、「気分因子」、「身体感覚因子」の3要因を5段階で調査した。「緊張因子」は、「不安がある」、「悩み事がある」、「焦りがある」、「ゆとりがない」、「周りに気を使う」の5項目で構成される。「気分因子」は、「楽しい」、「気分よく行動できる」、「景色が輝いて見える」、「自然と笑顔になる」、「幸せな気持ち」の5項目で構成される。「身体感覚因子」は、「ふわっとする」、「体の力が抜けている」、「体の筋肉がほぐれている」、「何も考えずにいる」、「ふーっと一息つく」の5項目で構成される。

リラックス感尺度の得点範囲は 15-75 点で、高得点ほどリラックス感が高いことを示す。

4) 仕事アサーション行動尺度、12 項目、5 件法⁶⁾

アサーションは、自分の考え、気持ちなどを正直に、率直に、その場にふさわしい方法で表現し、相手も同じように発言することを奨励する態度であり、精神的な健康と良好な人間関係とをもたらす行動と定義づけられている⁶⁾。本研究においては、介護職員に適応するために一部、加筆修正し、用いた。

仕事アサーション行動は、「自己主張因子」、「他者尊重因子」、「客観的自己統制因子」、「説得・交渉因子」の4因子を5段階で調査した。「自己主張因子」は、「話合いで反対意見を言うことができる」、「話合いで自主的に意見を言うことができ

る」、「人と意見が違ったとき、自分の意見を言える」の3項目で構成される。「他者尊重因子」は、「相手（上司や部下）の意見を理解するように努める」、「相手と対等な関係で付き合うことができる」、「相手（上司や部下）にわかりやすいように説明する」、「相手（上司や部下）を受け入れられる」の4項目で構成される。「客観的自己統制因子」は、「ある場面で求められていることがわかれば、それに合わせて自分の行動を調整していくことはたやすい」、「ある場面で他のことが求められていることに気がつけば、それに応じて自分の行動を調整していくことができる」、「自分が置かれたどんな場面でも、そこに求められていることに合うように行動することができる」の3項目で構成される。「説得交渉因子」は、「上司や部下にお願いしたことが違ったとき、そのことを言って交渉することができる」、「上司や部下にわからないことを質問することができる」の2項目で構成される。

得点範囲は、12-60点で、高得点ほどアサーション行動が高いことを示す。

測定尺度はすべてクロンバック α 係数を算出し、その結果 0.735~0.833 であり、概ね良好な信頼性を得られた。なお、以下、介入前の変数を“t0”、介入後の変数を“t1”、介入前後の変化変数を“t1-t0”として表す。

4. 統計解析

参加者の属性に対し、男女の差がないことを t 検定、 χ^2 検定にて確認した。また、介護職員の SOCt0 と属性や測定尺度との相関関係を確認した。プログラムの SOC への効果を検証するために、対応のある t 検定を用いた。SOC 向上への要因を探索するために、従属変数を SOCt1-t0 とする階層的重回帰分析を用いた。なお、統計解析には、SPSS25.0J for windows を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は四日市看護医療大学研究倫理委員会にて承認（承認番号 77）を得た後に実施した。事前に書面と口頭にて研究の目的・趣旨を説明し、同意を得た者を対象とし、倫理的配慮を十分に行った。

第3節 結果

1. 参加者の属性および SOCt0 の状況

参加者の属性および SOCt0 の状況を表 1 に示した。

性別は、女性 100 名 (67.1%)、男性が 49 名 (32.9%) であった。平均年齢 (SD) は 43.70 (11.20) 歳、経験年数 (SD) は 11.62 (8.21) 年であった。職種は医療職が 33 名 (22.1%)、福祉職が 116 名 (77.9%) であった。所属施設は、入所施設 69 名 (46.3%)、小規模入所施設 47 名 (31.5%)、通所在宅施設 33 名 (22.1%) であった。SOCt0 と正の有意な相関関係

を認めたのは、リラックス感 t0 ($p < .001$)、アサーション行動 t0 ($p < .001$) であった。

表 1 研究参加者の属性と SOCt0 の状況 n=149

項目	n (%)	SOCt0 平均値 (SD)	p	項目	平均値 (SD)	SOCt0 との 相関係数 (r)	p
性別				年齢	43.70 (11.20)	0.101	0.222
男性	49 (32.9)	54.67 (10.26)	0.156	経験年数	11.62 (8.21)	-0.025	0.760
女性	100 (67.1)	52.05 (10.67)					
職種				リラックス感			
医療職	33 (22.1)	53.70 (10.43)	0.631	t0	41.60 (6.34)	0.532	p < 0.001
福祉職	116 (77.9)	52.69 (10.65)		t1-t0	4.91 (6.56)	-0.140	0.088
所属施設				アサーション行動			
入所施設	69 (46.3)	53.12 (9.40)	0.054	t0	38.41 (5.71)	0.445	p < 0.001
小規模入 所施設	47 (31.5)	50.36 (11.97)		t1-t0	2.53 (4.06)	0.120	0.120
通所在宅 施設	33 (22.1)	56.91 (10.19)					

1) Mean (SD) 2) Pearson の相関係数 t0: 介入前 t1-t0: 介入前後の変化
 リラックス感: range 10 to 60 高得点ほどリラックス感が高い 3要因: 緊張因子、気分因子、身体感覚因子
 アサーション行動: range 12 to 60 高得点ほどアサーション行動が高い 4要因: 自己主張因子、他者尊重因子、客観的自己
 統制因子、説得・交渉因子

2. プログラム介入による SOC、リラックス感、仕事アサーション行動の変化 (表 2)

介入前後の SOC、リラックス感、仕事アサーション行動の変化を表 2 に示した。

SOC は、介入前 52.91 (10.58) 点から、介入後 54.22 (10.53) 点へと平均 1.31 点の上昇があり、正の有意な向上が認められた ($p=0.009$)。リラックス感は、介入前 41.6 (6.35) 点から、介入後 46.52 (7.6) 点へと平均 4.92 点の上昇があり、正の有意な向上が認められた ($p < 0.001$)。仕事アサーション行動は、介入前 38.41 (5.72) 点から、介入後 40.94 (5.73) 点へと平均 2.53 点の上昇があり、正の有意な向上が認められた ($p < 0.001$)。

表2 介入前後のSOC、リラックス感、仕事アサーション行動の変化

効果指標	Range	介入前 (t0)		介入後 (t1)		p
		平均値	SD	平均値	SD	
SOC	13-91	52.91	10.58	54.22	10.53	0.009
リラックス感	15-75	41.6	6.35	46.52	7.6	<0.001
仕事アサーション行動	12-60	38.41	5.72	40.94	5.73	<0.001

3. SOCt1-t0 と属性、リラックス感、仕事アサーション行動との関連について (表3)

SOCt1-t0 を従属変数とする階層別重回帰分析を行った結果、モデル1、2において、経験年数は正の関連 ($p=0.023$) を認めたが、モデル3において、関連性は消失した ($p=0.069$)。次にモデル2で、アサーション行動 t0 ($p=0.199$) とアサーション行動 t1-t0 ($p=0.113$) を投入しても関連性は認められなかった。モデル3で、リラックス感 t1 ($p=0.001$) とリラックス感 t1-t0 ($p=0.033$) を投入すると正の関連を認めた。なお、SOCt0 は、SOCt1-t0 との関連において、負の関連 ($p<0.001$) が認められた (表3)。

表3 SOCt1-t0 を従属変数とする階層別重回帰分析

従属変数 SOCt1-t0	モデル1		モデル2		モデル3	
	β		β		β	
n=149						
性別	-0.025	0.757	-0.012	0.884	-0.025	0.756
年齢	0.012	0.891	0.016	0.847	0.024	0.770
経験年数	0.191	0.023	0.177	0.035	0.159	0.069
SOCt1	-0.292	<0.001	-0.327	<0.001	-0.460	<0.001
アサーション行動 t0			0.12	0.199	0.081	0.379
アサーション行動 t1-t0			0.133	0.113	0.068	0.461
リラックス感 t0					0.314	0.001
リラックス感 t1-t0					0.196	0.033
Adjusted R2	0.098		0.105		0.171	

β indicates the standard partial regression coefficient(s)

t0: 介入前, t1-t0: 介入前後による変化

Independent variables:

性別: 男性 = 0, 女性 = 1; 年齢と経験年数は連続変数

SOC: range 7-91, アサーション行動: range 12-60, リラックス感: range 15-75

第4節 考察

1. 介護職員の SOCt1 の状況について

比較検定において、SOCt1 に有意な差が見られたのは、リラックス感 t1、アサーション行動 t1 の2項目であった。

SOCt1 は、リラックス感 t1 ($p<0.001$)、アサーション行動 t1 ($p<0.001$) と正の有意な関連を認めた。先行研究⁷⁾¹⁰⁾においてもその関連を認め、リラックス感、アサーション行動が高いことが SOC を向上させる可能性が示唆された。

2. 介護職員の SOC 向上効果をもたらしたプログラムの内容について

本研究では、著者らによって介護職員を対象に開発したプログラムを用いた。その内容は、1) 集団での介入であること；2) 類似した背景や経験を持つ者同士で構成すること；3) 日常的な課題への対処を探ること等で構成した。そのプログラムの介入前後において SOC の正の有意な向上 ($p=0.008$) が認められた (表 3)。考察として、SOC 向上効果をもたらしたプログラム内容について根拠を示す。

まずプログラムの提供形態は、個別介入ではなく、集団介入^{11)・15)}で行うことと考える。これは、集団介入によりグループダイナミクス^{16)・17)}が働き、同じ問題や悩み等を抱える複数人が集まることで、和らぎ緊張から解放される。また、相互に課題への対処を学びあい、新たな挑戦や創造的活動に向かおうとする意志が生じる。この過程が SOC 向上に寄与できると考える。構成メンバーは、類似した経験を持つ者同士で構成し、日常的に経験する葛藤や課題に目を向け、自己の内部や外部にある個人や環境の中にある GRRs を気づかせるよう配慮すること^{11)・15)}である。つまり、類似した経験を持つ者同士で「参加」し、「対話」することで、「問題意識と仲間意識の高揚」が生まれ、結果、自分の中にある GRRs に気づき、問題解決への「行動」を起こそうとする。その過程はエンパワメント^{17)・20)}アプローチとも一致する。同時にそれらは SOC 向上に重要な経験とされる自分たちの前に設定された課題を受け入れ、その遂行に責任を負う「結果形成への参加」²¹⁾とも言え、アントノフスキーの見解と一致する。

3. 健康生成モデルの SOC の形成・強化とリラックス感との関連について

介護職員の SOC 向上に関連する要因 (表 3) として、リラックス感 t_0 が高いこと ($p=0.001$)、リラックス感 t_1-t_0 が高いこと ($p=0.033$)、SOC t_0 が低いこと ($p<0.001$) と関連が認められた。これらの結果から、SOC 向上に対して、リラックス感の関与の根拠について、健康生成モデルの SOC の形成・強化との関係²²⁾から考察する。

アントノフスキー博士は、SOC を対処資源には含めず、時と場合に応じて、柔軟かつ適切に対処資源を選び取り、動員する力と位置付けている²²⁾。また、リラックスは緊張や不安から解放された自己コントロール能力²³⁾と捉えられる。SOC とリラックス感は、ある時点の健康状態を健康要因へと移動する力という点で共通性²⁴⁾がある。また、リラックス感の開放性や柔軟性は、ストレッサーに対し、自身の能力や周囲の資源の存在など GRRs を動員する力となると考えられた。以上により、リラックス感は、健康生成モデルにおいて、関連が高い要因であると考えた。

また、本研究では SOC t_0 とリラックス感 t_0 との正の相関 ($p<0.001$) が認められ、さらに SOC t_0 が弱い者ほど、SOC 向上が認められた ($p<0.001$)。先行研究^{25)・26)}において

SOC の弱い者ほどよりリラックスしやすい可能性も示唆するものもあり、SOC 向上を促進する要因としてリラックス感は重要な関連要因であると考えられた。

第 5 節 小活

本研究は、健康生成論的協同学習プログラム介入による SOC への効果と SOC 向上に関連する要因を明らかにすることであった。参加者は、A 県内 6 か所の介護施設で働く介護職員であった。介入方法は、健康生成モデルを基盤に開発した健康生成論的協同学習プログラムを 1 回実施した。調査方法は、自記式質問紙調査を行い、149 人分の有効回答（有効回答率 50.3%）を得た。結果、プログラム介入により、SOC は有意な向上（ $p=0.009$ ）が認められた。SOC 向上に関連する要因の探索の結果、介入前のリラックス感（ $p=0.001$ ）、リラックス感の向上（ $p=0.033$ ）と正の関連が認められた。SOC 向上にリラックス感が関与する可能性が示唆された。

また、SOC とリラックス感との関連を明らかにできたことは、ストレスを抱えた状況にある当事者にとって、主観的なリラックス感が得られる場所、人間関係、時間などが保持できるような支援等の臨床的な応用につなげやすいことは研究の意義が高いと考える。

【第3章 引用・参考文献】

- 1) P・H・ロッシ、M・W・リプセイ、H・E・フリーマン、大島巖他訳：プログラム評価の理論と方法、第1版、：3-63、日本評論社、東京（2012）
- 2) 伊藤薫、山崎喜比古、大西信行他：認知症介護職員のストレス対処力（SOC）向上と職場環境づくりプログラムの開発過程とプロセス評価研究．日本認知症ケア学会誌．16：617-630（2017）
- 3) 中川一郎：タッピングタッチ—こころ・体・地球のためのホリスティックケア、初版、朱鷺書房、大阪：23-91（2004）
- 4) 山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子：ストレス対処能力 SOC．初版、3-24、有信堂、東京（2012）
- 5) 小池 眞規子、渋谷 昌三、藤巻 貴之：リラクセス感尺度作成の試み 大学生を対象として．目白大学心理学研究．3：1-11（2007）
- 6) 金子 和弘、今井 有里紗、加藤 孝央他：アサーション行動尺度における信頼性・妥当性の検討．生活科学研究．32：57-66（2010）
- 7) 望月 宗一郎、小澤 結香、村松 照美他：介護療養型医療施設の退院調整に携わる看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識とストレス対処力(SOC)との関連、山梨大学看護学会誌．8：21-29（2010）
- 8) 柴田 明美、岩脇 陽子、室田 昌子他、新人看護師時代の職場における体験と SOC との関連．京都府立医科大学看護学科紀要．24：49-61（2014）
- 9) Foureur M., Besley K., Burton G. et al. : Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. Contemporary Nurse、45：114-125（2013）
- 10) Takashi S, Shinya K、Norio M et al : Relationship between Self-Esteem and Assertiveness Training among Japanese Hospital Nurses. Journal of Occupational Health、46：296-298（2004）
- 11) Langeland E1, Riise T, Hanestad BR, et al. : The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. Patient Education & Counseling. 2(2):212-9(2006)
- 12) 中村 裕之、相良 多喜子、荻野 景規他：高齢労働者における精神的健康度の向上のための SOC を用いた健康プログラムの開発、産業医学ジャーナル、29（4）:93-98(2006)
- 13) 山崎喜比古：日本における慢性疾患自己管理プログラム（CDSMP）が受講者の病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムに及ぼす影響の前後比較デザインによる検討、平成19年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金アレルギー疾患予防・治療研究事業（代表秋山一男）：7-19(2008)
- 14) 宇佐美 しおり、岡谷 恵子、山崎 喜比古他：気分障害・不安障害患者へのセルフ・マネジメントプログラム(CDSMP)の適用に関する研究.看護研究, 42（5）：371-38（2009）
- 15) 笹原信一郎、大井雄一、宇佐美和哉他、職場のメンタルヘルス対策とストレス対処力—健康生成論の活用—、予防医学、57：73-77（2015）
- 16) 杉万俊夫、グループ・ダイナミクス入門 組織と地域を変える実践学、初版、2-47、世界思想社、京都（2013）
- 17) 安梅勅江：エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法、初版：41-43、医歯薬出版社、東京（2010）
- 18) 山崎喜比古、「健康への力」に関連する理論、公衆衛生看護技術、第3版、67-97、医学書院、東京（2017）
- 19) クルト・レヴィン（猪俣佐登留訳）：社会科学における場の理論、初版、7-17、ちとせプレス、東京（2017）
- 20) 清水準一、山崎喜比古、アメリカ地域保健分野のエンパワメント理論と実践にこめられた意味と期待、日本健康教育学雑誌、4：11-18（1997）

- 21) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子: ストレス対処能力 SOC. 初版, 35 - 67, 有信堂, 東京 (2012)
- 22) 山崎喜比古, 吉井清子 (監訳): 健康の謎を解く ストレス対処と健康のメカニズム、初版: 1・29、有信堂、東京 (2001)
- 23) 五十嵐透子、リラクゼーション法の理論と実際、第 2 版: 1-7、医歯薬出版社、東京 (2015)
- 24) Recabarren RE, Gaillard C, Guillod M, et al. Short-term effects of a multidimensional stress prevention program on quality of life, well-being and psychological resources. A randomized controlled trial. *Front Psychiatry*. 10: 88 (2019)
- 25) 桑田 恵子、坂井 泰、木下 弘基他、ヒノキオイルを併用した足浴時脳波の変動と Sense of Coherence との関連、日本アロマセラピー学会誌、5 : 41-50 (2006)
- 26) Merakou K, Tsoukas K, Stavrinos G, et al. The effect of progressive muscle relaxation on emotional competence: depression-anxiety-stress, sense of coherence, health-related quality of life, and well-being of unemployed people in Greece: an intervention study. *Explore (NY)*. 15: 38-46 (2009)

第4章 介護リーダー職員への健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセスとプロダクト（その1：プロセスを中心に）

第1節：目的

本章は、介護施設管理者（以下、管理者）、介護リーダー職員（以下、リーダー）と研究者が取り組んだ健康生成論的アプローチによる健康職場づくりに向けたアクションのプロセスとプロセスの中で研究者が担った役割について明らかにする。

なお、本研究における健康生成論的アプローチとは、健康生成モデル^{1) 2)}の観点から、職場環境の汎抵抗資源 GRRS を豊富にすることが期待できるよう、介護リーダーへの健康生成的アプローチによる健康職場づくりへの実践活動を通じて、環境的アプローチ（メゾレベル）のプロセスおよびその効果の検証を行う。関連理論と考えるエンパワメントアプローチ³⁾、協同学習理論⁴⁾なども含めた統合的アプローチとして、本研究において定義づけする。エンパワメントアプローチは、清水ら⁵⁾が示すエンパワメントの発展過程（参加・参画、対話、仲間意識の高揚、行動）も内包するように適用した。更に、エンパワメントの種類として、自分エンパワメント、仲間エンパワメント、組織エンパワメントと示され、本研究においては、リーダー職員同士、ユニット単位、法人全体などの段階を経て、エンパワメントを図っていくことを目的とした。

また、健康職場づくりとは、WHO の観点からは健康職場づくりを目指す継続的な改善プロセスの観点からは、職場内の課題を職場の中で解決することができる職場⁶⁾と解釈でき、ILO（国際労働機関）のディーセント・ワーク⁷⁾の観点からは、人間としての尊厳を保てる、誇りをもって働ける職場づくりと解釈できる

第2節：対象と方法

1. 対象地域と対象者

研究対象であるA県B市は、人口約31万人であり、年齢別人口を構成比で見ると、年少人口13.1%、生産年齢人口61.6%、老年人口25.3%で、前年に比べ老年人口は0.3ポイント増となっている（2018年現在）⁸⁾。B市内には、特別養護老人ホーム31カ所、通所介護事業所66カ所、居宅介護事業所72カ所、訪問看護ステーション24カ所などがある⁹⁾。県や市の介護保険担当課や老人福祉施設協議会などが、介護職員の人材育成を目的とした研修会などを定期的に行い、ケアの質の向上や働きやすい職場に向けた取り組みを行っている。

本研究の対象者は、B市内にある社会福祉法人Cの介護施設で働くリーダー職員である。C法人は、約20年前に社会福祉法人を設立し、特別養護老人ホーム、通所介護事業所、在宅介護支援センターの開設を行い、B市内の高齢者ケアの大きな担い手になっている。C法

人は開設当初から、職員教育に熱心に取り組み、施設長などが輪番でリーダーの研修の講師役を担ってきた。さらに社会福祉や医療職の専門学校教員に依頼し、独自で法人内の研修会などを開催してきた。

C 法人内には、特別養護老人ホーム（3 か所）、通所介護事業所（2 か所）、居宅介護事業所（2 か所）、事務部門（1 か所）がある。介護職員数は、法人全体で男性 38 名、女性 116 名、合計 154 名が在職していた（2018 年 1 月現在）。

研究参加者は、特別養護老人ホーム（以下、特養）のユニットリーダー15 名、居宅介護支援事業所（以下、居宅）のリーダー2 名、通所介護事業所（以下、通所）のリーダー2 名、法人本部事務局（以下、法人本部）のリーダー1 名、合計 20 名であった。

2. 研究デザイン

特定の現場に起きている特定の出来事に焦点を当て、そこに潜む問題状況（課題）に向けた解決策を現場の人と共に探り、状況が変化することを目指す研究デザイン^{10) 11)}。

本研究においては、研究者と介護施設の管理者やリーダー職員、介護職員と職場における課題などへの解決策を共に探る中で、健康生成論的アプローチを適宜、適用した。

3. データ収集期間

2017 年 1 月～2018 年 1 月までとした。介入回数は、リーダー対象の健康職場づくり研修会の開催準備に 4 回、健康職場づくり研修会（以下研修会）に 6 回介入した。なお、研修会は 2017 年 7 月～2018 年 1 月に実施した。

4. データ収集方法

本研究の質的データの情報源は、リーダーへのアンケート、打合せ会議の議事録、研修会の活動記録、研究者のフィールドノートであった^{12) 13)}。議事録や活動記録は、参加者の発言や様子を記録した上で、研究者が作成した。フィールドノートは、参加者の発言・様子に対し研究者の気づいたことや感じたことを記録した。議事録、活動記録、フィールドノートは、共にアクションリサーチを主導した管理者と共有し、個人の意見のみが反映されないように注意した。

5. 分析方法

打合せ会議の議事録や活動記録、フィールドノートを熟読し、研究の経過および段階とその活動を進めた研究者のかかわりに焦点を当て分析した。研究のプロセスについては、共に活動した管理者と共有・確認を行ったうえで分析を進めた。リーダーへのアンケートは、内容分析¹⁴⁾を参考に分析を行った。まず、回答文章に省略等が認められれば、意味や内容に注意をしながら補足を加えて具体例を完成させた。問いに対する理由を抜き出し、それらの意味や内容を損なわないように配慮しながら要約し作成した。さらにその具体例（「 」と示す）の意味内容の類似性からカテゴリ（【 】と示す）を作成した。なお、看護学分野で

質的研究の経験のある研究者間で分析内容に関して確認を行った。

6. 倫理的配慮

- 1) 研究の実施に先立ち、C 法人の施設長や理事長に対し、研究の趣旨を説明し、了解を得た。プライバシーの保護、研究への協力はいつでも中止できることについて口頭と文書で伝え、協力の意思を確認した。
- 2) 本研究の実施にあたり、四日市看護医療大学倫理委員会（承認番号 96）の承認を得た。
- 3) リーダーの集まる会議で、研修会を開催したいと考えていることを伝え、研究の参加を募った。その際、研究の一環として研修会を開催したいと考えていること、研究に参加しなくても研修会はオープンであることも併せて説明し、強制力が働かないように自由参加であることを伝えた。
- 4) 健康職場づくりに参加したリーダーに対しては、書面と口頭で同様の内容を伝え、協力の意思を確認した。

第3節：結果

1. 健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセス（表 1）

健康生成論的アプローチによる健康職場づくりに向けたアクションのプロセス（表 1）は、「第 1 期：リーダーの課題解決のためのアクション」を経て、「第 2 期：職場の課題解決のためのアクション」へ移行した。

第 1 期でのプロセスは、1 段階：リーダーの背景とニーズの理解、2 段階：研修会の計画作成、3 段階：研修会の開催と評価、であった。第 2 期でのプロセスは、4 段階：健康職場づくりアンケート（以下、アンケート）の実施、5 段階：健康職場づくりアセスメント（以下、アセスメント）および健康職場づくり計画（以下、計画）作成、6 段階：健康職場づくり発表会（以下、発表会）への参加と活動の開始、であった。プロセスは 2 期 6 段階に整理された。

（1）第 1 期：リーダー職員の課題解決のためのアクション

1) 1 段階：リーダー職員の背景とニーズの理解

本研究を開始するきっかけは、C 法人の管理者の依頼であった（2017 年 1 月）。管理者は、過去 5 年間、介護現場で中核となるリーダーの育成を課題と捉え、自ら試行錯誤を重ね、施設内での知識付与型の集合研修会に取り組んできた。しかし、リーダーの退職や辞退などがあり、研修内容の改善の必要性を感じていた。そこで、研究者にリーダーを対象に研修会の依頼があった。研究者は、従来の研究者が企画した研修会ではなく、管理者やリーダーとともに研修会を企画・実施・評価するとして取り組みたい旨の理解を得た。

リーダーの課題を解決するための研修会（以下、研修会）の企画作成にあたり、C 法人内

の職場改善に向けた課題を話し合う会を 2017 年 3 月に実施した。参加者は、管理者（施設長および副施設長）およびリーダーであった。

参加者との意見交換の中では、「介護職員の資質を向上させる仕組みづくりの必要性を感じる」、「研修を受けても現場に活かさない」、「研修に参加する時間や精神的な余裕がない」などの意見を聞き取りした。

表1 健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセスと研究者のかかわり

実施経過	アクションプロセス	研究者のかかわり	健康生成論的アプローチに基づく、プログラム工夫等	主な適用理論や概念	
2017年1～3月	第一期	1段階：リーダー職員の思いや願いの理解	・リーダー職員の背景を理解するために、グループでの聞き取りと個別でもアンケート（表2）の実施を行う	健康生成志向	リーダー職員同士のエンパワメントアプローチ
2017年5月	リーダーの課題解決のためのアクション	2段階：リーダー職員の意向に基づく、健康職場づくり研修会の計画（表3）	・リーダー職員の課題解決に沿う学習プログラムを計画する		
2017年7月～10月		3段階：リーダー職員への健康職場づくり研修会の実施	・リーダー職員に健康生成論および健康職場づくりについて理解を得る（図1） ・リーダー職員が目指したい職場環境を共有する ・健康職場づくり研修会に安心して参加してもらえるようなリラックスした雰囲気やグループメンバーに配慮する ・学習プログラムは、リーダー職員の意向を毎回、確認しながら進める		
2017年11月	第二期	4段階：リーダー職員と協同による健康職場づくりアンケートの実施（図5・6）	・健康生成的志向（表6）を活かした健康職場づくりアンケート（職場の良い点、改善したい点など）の実施をリーダー職員からスタッフへ行う支援をする	負荷体験	リーダー職員とスタッフとのエンパワメントアプローチおよび健康生成志向
2017年12月	職場の課題解決のためのアクション	5段階：健康職場づくりアセスメントおよび健康職場づくり計画づくり（表7・8）	・アンケート結果のアセスメントや健康職場づくり計画作成に、健康生成的志向（表1）を活かす	一貫性の経験	
2018年1月		6段階：健康職場づくり計画発表会の参加と活動の開始	・計画発表会の参加者が発表や質疑応答できるように、スケジュールを調整する（図9） ・参加者全員の顔が見える距離、位置を配慮して、会場づくり（劇場型）を行う（図10） ・参加者に職場づくりへの思いを共有（倫理観と価値観の共有）	結果形成の参加体験	

さらに、リーダーに自記式アンケート調査（2017年5月）を行い、研修会で学びたい内容について聞いた。その結果、リーダーが研修会で学びたい内容（表2）について3つのカテゴリが得られた。その内容は、【スタッフの育成を学びたい】、【スタッフの対応を学びたい】、【リーダー役割を学びたい】に整理された。

【スタッフの育成を学びたい】の主な具体例は、「モチベーションをあげるような環境づくりやかかわり方」、「スタッフがスキルアップできるような指導方法を教えて欲しい」であった。【スタッフの対応を学びたい】の主な具体例は、「前の施設はこうだったと言われるときの対応の仕方」、「同じミスを繰り返したスタッフへの対応の仕方」であった。【リーダー役割を学びたい】の主な具体例は、「良好なコミュニケーションが行えるような指導スキル」、「冷静な自分であるための工夫」であった。

表2 リーダー職員が研修会で学びたい内容

カテゴリ		具体例
リーダー職員が研修会で学びたい内容	スタッフの育成	モチベーションをあげるような環境づくりやかかわり方 スタッフのスキルアップができるような指導を教えて欲しい スタッフの個性の活かし方 数回注意したが改善されない時に、どのように指導するか知りたい 単独行動をする職員をどのように教育していけば良いか知りたい ベテラン職員への静いの治め方や注意の仕方について知りたい
	スタッフの対応	前の施設は「こうだった」と言われるときの対応の仕方 同じミスを繰り返したスタッフへの対応の仕方 褒め方、パワハラ、ジェンハラなどにならない注意の仕方 伝わっていないと感じる時の対応の仕方
	リーダーの役割	良好なコミュニケーションが行えるよう指導するスキル 冷静な自分であるための工夫 思ったこと、感じたことの伝え方 自分の心にゆとりが持てるようにするにはどうすればいいのを学びたい リーダーとしての自信が持てるようになりたい

2) 2段階：研修会の計画作成

研修会の計画（表3）は、聞き取りやアンケートを元に、管理者と研究者で作成を行った（2017年6月）。研修目的は、現職リーダー間の意見交換を通して、施設における高齢者介護の在り方を考え、法令遵守に基づいた働きやすい職場環境のもと、利用者と職員が共に生きる施設づくりを目指すリーダーの育成を行うこととした。研修目標は、1）スタッフが成長を感じる健康職場づくりの重要性を理解する；2）スタッフの健康職場づくりに向けた現状を把握し、課題を共有できる；3）スタッフの健康職場づくりに向けた計画や行動ができることとした。なお、研修目的や目標は、管理者らによって、決定された。研修会の具体的な内容は表3に示す。

表 3 健康職場づくり研修会の計画内容

回数	研修プログラムの内容
第 1 回	①本研修会の目的、目標とは ②健康生成論と健康生成的アプローチについての講義 ③どのような職場を目指したいか（グループワーク）
第 2 回	①介護職員の力を発揮してもらうために～リーダー役割と職場支援～ ②健康生成的協同学習（サポート体制づくり）
第 3 回	①健康生成的協同学習（不適切ケア防止） ②ロールプレイ ③健康生成的職場環境づくりアンケートの検討
第 4 回	①健康生成的協同学習（サポート体制づくり） ②ロールプレイ ③健康職場づくりアンケートの進め方などの相談
第 5 回	健康職場づくりの企画書作成の話し合い 職場内の問題解決するための話し合いの持ち方
第 6 回	各職場の健康職場づくりのためのアセスメントおよび計画（案）の発表会 発表会後に交流会の開催

なお、6回の研修会の中で、SOC 向上を期待できる経験¹⁵⁾を適用して計画した（表 4）。

SOC 向上を期待できる経験は、アントノフスキーにより示され、「一貫性のある経験」、「バランスの取れた負荷体験」、「結果形成への参加体験」の3つの体験として集約されている。

「一貫性のある経験」¹⁵⁾は、職場の規則・ルール・価値観等が明確で、その明確な環境の中で生きる経験である。「一貫性のある経験」は、主に第1～3回の研修会で計画した健康生成論的協同学習やロールプレイを通して、日常的に経験する課題を共有し、その対処方法をリーダー間で共有し、互いの対処方法を認め合い、学び合うことにより得られると考えた。

「バランスの取れた負荷体験」¹⁵⁾は、小さすぎることも、大きすぎることもない、バランスのとれた適度なストレスにさらされる経験である。「バランスの取れた負荷体験」は、主に第4回～第5回の研修会で計画したリーダーによるアンケート実施、アセスメント、計画づくりを示す。リーダーは、日常業務の負担やスタッフの対応に困難を抱え、この研修会により、更に負荷を抱える。しかし、リーダーはその負荷も職場改善に繋がると捉え、また、スタッフや研修者の支援を得ることで、負荷バランスが取れると考えた。

「結果形成への参加体験」¹⁵⁾は、自分の前に出された課題を受け入れ、責任をもって、何をするのかしないのかを決定する経験である。「結果形成への参加体験」は、第6回の健康職場づくり計画の発表会により、法人全体場で、リーダーの健康職場計画を発表することは、法人全体への責任をもつ経験となり、「結果形成への参加体験」になると考えた。

表 4 研修プログラムの中で SOC 向上を期待される経験

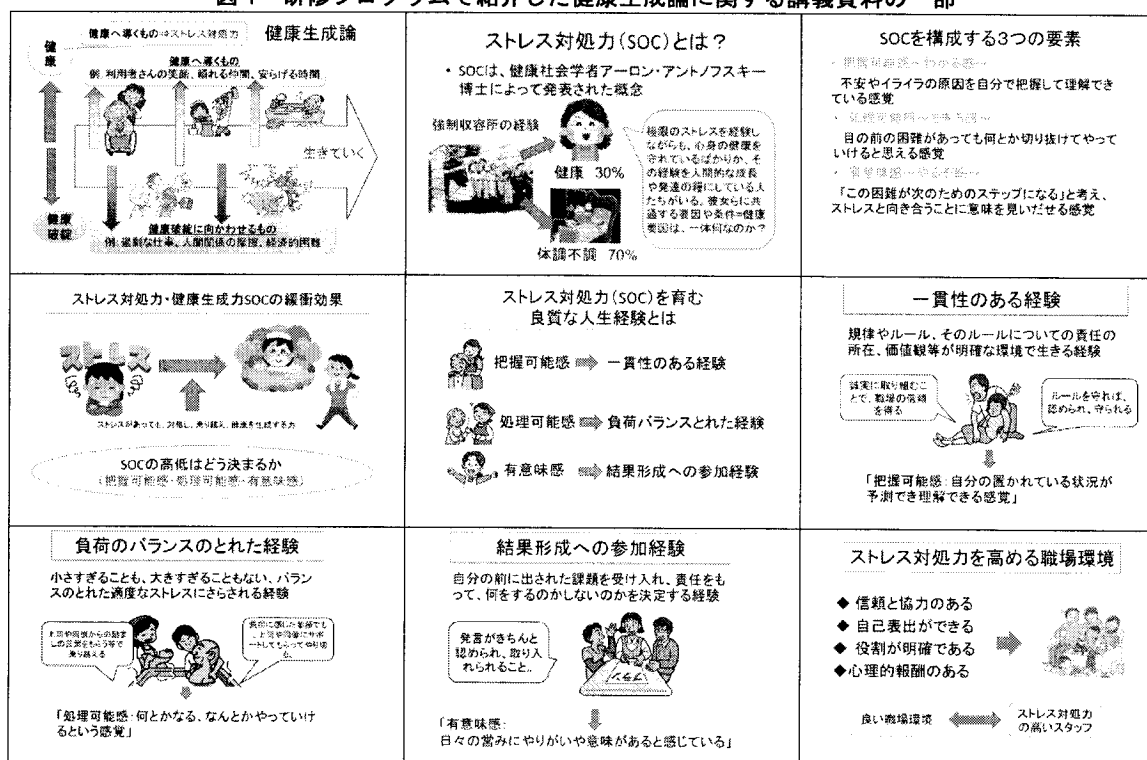
SOC 向上に必要な人生経験とその内容	健康職場づくり研修会での経験
1. 一貫性の経験 規律やルール、そのルールについての責任の所在、価値観等が明確な環境で生きる経験 ➡把握可能感：自分の置かれている状況が予測でき理解できる感覚の向上に繋がる	・グループワーク・健康生成的協同学習・ロールプレイにより、日常的に経験する課題を共有し、その対処を学び合う経験（主に第 1 回～第 4 回）
2. バランスの取れた負荷体験 小さすぎることも、大きすぎることもない、バランスのとれた適度なストレスにさらされる経験 ➡処理可能感：何とかなる、なんとかやっていけるという感覚の向上に繋がる	・健康職場づくりアンケート、健康職場づくりアセスメント、健康職場づくり計画を実施する経験（主に第 4・5 回）
3. 結果形成への参加の経験 自分の前に出された課題を受け入れ、責任をもって、何をするのかしないのかを決定する経験 ➡有意義感：日々の営みにやりがいや意味があると感じる感覚の向上に繋がる	・健康職場づくりアセスメントや健康職場づくり計画を発表する経験（主に第 6 回）

また、リーダーが学びたい内容（表 2）については、健康生成論的協同学習（図 2）やロールプレイを活用し、リーダー間で課題解決ができよう計画した。研修会の開始は、リーダーが参加しやすく、仕事や家庭に負担をかけないように、毎月第 2 水曜日、時間は 17 時～18 時 30 分と設定した。毎月 1 回の合計 6 回計画した。

3) 3 段階：研修会の実施と評価

第 1 回研修会では、まず研修会の目的、目標の確認を行った。本研修会は健康生成論を基盤とし、その中核概念 SOC の説明や健康生成論的アプローチについての講義を行い、理解を促した（図 1）。

図1 研修プログラムで紹介した健康生成論に関する講義資料の一部



第1回研修会は、どのような職場環境をめざしたいかを把握するために、研修会の中でグループワークを実施した。その結果、リーダーの目指したい職場（表5）は、【良い雰囲気の職場】、【働きやすく、遣り甲斐のある職場】、【ケアの質が保持されている職場】の3つが整理された。

表5 リーダー職員が目標とする職場

カテゴリ	具体例
リーダーが目標とする職場	<p>良い雰囲気の職場</p> <p>雰囲気が明るく、楽しい、清潔な職場 笑顔がたつぷり、絶えない、仲がいい職場 ぎすぎすしない職場 冗談が言える職場 悩みや言いたいことが言い合える職場</p>
	<p>働きやすく、遣り甲斐のある職場</p> <p>仕事での困難があっても助け合って、乗り越えられる職場 職員が長く働きたいと思える職場 出勤したいと思える職場 職員がプライド、やりがいを持てる職場 専門職としての役割が果たせる職場 すぐに話し合え、問題解決が可能な職場</p>
	<p>ケアの質が保持されている職場</p> <p>利用者への思いがみんな一緒である職場 すべての利用者が笑顔で過ごせる職場 大きな声で探さなくてもスタッフの居場所がわかる職場 スタッフが臨機応変に個別対応のできる職場 ニーズ把握でき、ケアの知識・技術のあるスタッフがいる職場</p>

【良い雰囲気の職場】の主な具体例とし、「雰囲気が明るく、楽しい、清潔な職場」、「悩みや言いたいことが言いたいことが言える職場」であった。【働きやすく、遣り甲斐のある職場】の主な具体例は、「仕事での困難があっても助け合って、乗り越えられる職場」、「職員が長く働きたいと思える職場」であった。【ケアの質が保持されている職場】の主な具体

例は、「スタッフが臨機応変に個別対応できる職場」、「ニーズ把握でき、ケアの知識・技術のあるスタッフがいる職場」などであった。

第2回から第4回の研修会では、前回話し合った内容を振り返りながら、健康生成論的協同学習（図2）やロールプレイ（図3）を実施した。

図2 研修会で使用した健康生成論的協同学習（例）

図3 研修会で実施したロールプレイ事例（例）

1: 職場内の協同困難: 4人以前の職場と比較して、悪化しようとするスタッフ

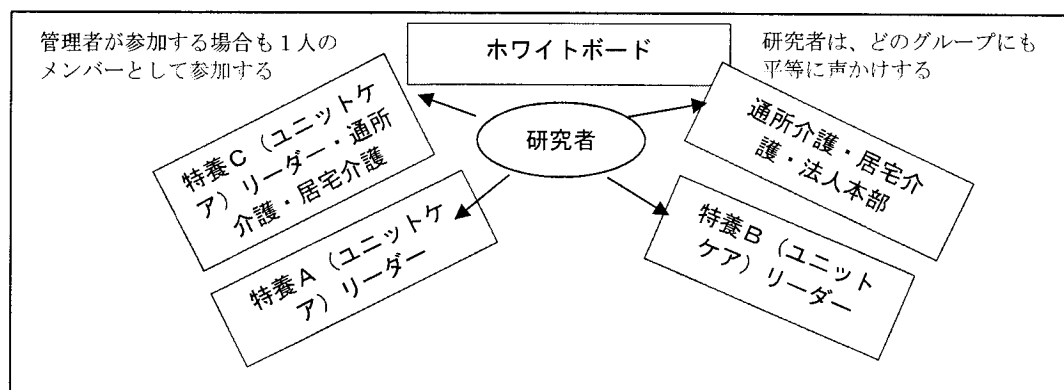
状況: Aさんは、現在の職場に来る前に働いて職場でのことをよく話し、以前職場では、もっと利用者に好きなことをやらせてもらっていたが、今の職場はそれができないというも以前の職場の話を引き合いに出し、現在の職場に対して、批判をし、現在の職場のケアの方針に悪化しようとする。リーダーBさんは、Aさんのケア技術などは、認めているが、他のスタッフと距離をおき、単独行動をしようとするAさんに対して、どのように対応したらよいが悩んでいる。

事例の振り返り → 各自で考える → グループで共有 → 個人の振り返り

＜質問1＞ Aさんはなぜそのような状況でいると思いますか？	あなたが考えたこと	みんなが考えたこと
＜質問2＞ Bさんはなぜそのような状況でいると思いますか？	あなたが考えたこと	みんなが考えたこと
＜質問3＞ Aさんは、どんな対応をするとうい方向に向かうと思いますか？	あなたが考えたこと	みんなが考えたこと
＜質問4＞ Bさんは、どんな対応をするとうい方向に向かうと思いますか？	あなたが考えたこと	みんなが考えたこと



図4 リーダー職員のための健康職場づくり研修会の会場設置



健康生成論的グループ学習は、参加者同士で協同的な学習¹⁶⁾が促進されるように、1グループは5～6人で構成し、入所施設系の職員同士、通所在宅系の職員同士で話し合いができるように、席の配置を行った。また、その4つの分かれたグループに対し、グループが同時に進行できているか、平等に参加者が参加できているかなどについて、研究者は、4つのグループへの確認しながら進行した。また、リーダー以外の施設長などが参加を求める場合

も、リーダーと同様に同じテーブルでの参加を依頼し、傍観者がいない様に促した(図5)。また、同じグループでの話し合いの後に、必ず、参加者全体で共有した。そのために、グループでの話し合いは、毎回必ずじゃんけんで、司会と書記および発表者を決めた。じゃんけんで決めることは、アイスブレイク¹⁷⁾となり、リラックス¹⁸⁾と集中をつくることを期待したからである。協同学習等グループでの話し合いが本音で語り合えるためには緊張をほぐすことが重要と考え、ファシリテーターは自ら、参加者に雑談を促す場面をつくることもあった。司会は、最初に自分の意見をなるべく簡単に伝え、話の口火を切るようにした。引き続き、右回りか左回りといったように、順番に意見を述べるように促した。司会が最初に意見を述べるようにした理由は、最初の誰かを決め、次席者も続くことで、個人の責任が明確になり、より短時間で対話が活発になるためである。本研修会による参加により、参加者間の相互による活発な対話がうまれる経験は、自職場での活発な対話をうみだすスキルに繋がると考えた。

(2) 第2期：職場環境の課題解決のためのアクション

1) 4段階：健康職場づくりアンケートの実施

健康職場づくり活動として、健康生成志向¹⁹⁾に基づく、アンケート(図6)、アセスメント(図7)、健康職場づくり計画作成(図8)を計画した(表6)。

健康生成的志向のポイントを職場づくりへの見方として適用した。具体的には、第1に職場環境を良い職場や良くない職場と決めつけず、より良い職場に改善する対処方法等を検討する。第2に、職場の課題や葛藤にのみ注目するのではなく、それに至る過程や職場の背景や特性・職場の資源等から考えるように促す。第3に、職場を考える視点として、より良くしていくための処方や改善(知識・技術・サポート資源等)に焦点を当てて話し合うことを促す。第4に職場の課題はどこにでもあり、課題を解決することで職場や職員の成長となるきっかけなることに気づけるように促す。第5に職場づくりの視点として、現状を一掃するような方法ではなく、職場の状況や環境に適応できる方法を考える。第6に今まで行ってきた方法でなくとも、今まであまり取り上げられてこなかった方法も含めて考えるように促す。

表 6 介護職場の健康職場づくり活動への健康生成志向の適用

健康生成志向のポイント	健康職場づくり活動への適用
①健康を、健康か疾病かの二分法ではなく、健康—健康破綻の連続体上でみること。	①職場環境を良い職場や良くない職場と決めつけず、より良い職場に改善する対処方法等を検討する。
②疾病の原因にのみ着目するのではなく 1 人の人間のストーリーに着眼すること。	②職場の葛藤やジレンマにのみ注目せず、それに至る過程や職場の背景や特性・職場の資源等から考えるように促す。
③疾患の原因を問うのではなく、健康—健康破綻の連続体上で健康側に移動させる要因を問うこと。	③職場を考える視点として、より良くしていくための処方法（知識・技術・サポート資源等）に焦点を当てて話し合うことを促す。
④ストレスは忌み嫌われなすべき存在ではなく遍く存在していると見る。また、ストレスへの対処によっては健康的なものとなりうると見なすこと。	④職場の課題はどこにでもあり、課題を解決することで職場や職員の成長となるきっかけなることに気づけるように促す。
⑤魔法の弾丸のような解決法を探すのではなく、環境への積極的な適応を探ること。	⑤職場づくりの視点として、現状を一掃するような方法ではなく、職場の状況や環境に適応できる方法を考える。
⑥健康生成志向は、疾病生成論的研究で見出される逸脱ケースに注目する事で、疾病生成論的研究から得られるデータ以上の成果が与えられる。	⑥今まで行ってきた方法でなくとも、今まであまり取り上げられてこなかった方法も含めて考えるように促す。

第 4 回の研修会は、リーダーがアンケート（図 5）の準備を行った。アンケート内容は、健康生成志向を活かして、「職場のよいところ・努力しているところ」、「職場で見直しや改善すべきところ」、「職場づくり計画案（いつ頃、誰が、どこでやるか等）」の質問に対し、それぞれ回答を求めた。

従来の職場改善のアンケートは、職場の課題を明確にして、その課題を縮小または、削除できるように改善を進めていた。しかし、本プログラムでは、従来の発想を転換し、職場の良いところを見つけ、更に、良くしていく、つまり、健康にしていくための対処を検討するための職場づくり活動を行った。

リーダーらとアンケート内容について相談したところ、職場の課題について、記載する方が、慣れているため、記載しやすいが良いところを書くのは、やや難しい可能性もあると思うことや、パート職員もできれば、アンケートに参加してほしいので、なるべく簡単に書ける内容にするために、質問項目は、3 問に絞った。また、このアンケート結果は、健康職場づくり計画の資源の発掘になるため、1 問につき、3 つの回答を求めることで、スタッフに職場の健康要因を探る視点を持ってもらうことを意図した。

なお、アンケートの集計作業を簡便化するために、アンケート用紙を付箋に見立てて、作成を行った（図 5・図 6）。

図5 健康職場づくりアンケート

1. あなたの職場のケアや職場体制などで、利用者やスタッフにとって、良いところや努力していること等を3つ教えてください。

①職場で良いところ・努力していること	②職場で良いところ・努力していること	③職場で良いところ・努力していること

2. あなたの職場のケアや職場体制などで、見直しや改善した方がよいと思うことはどのようなことですか？また、職場を見直しや改善するためにどのように取り組むとよいのか、あなたのアイデアを教えてください。

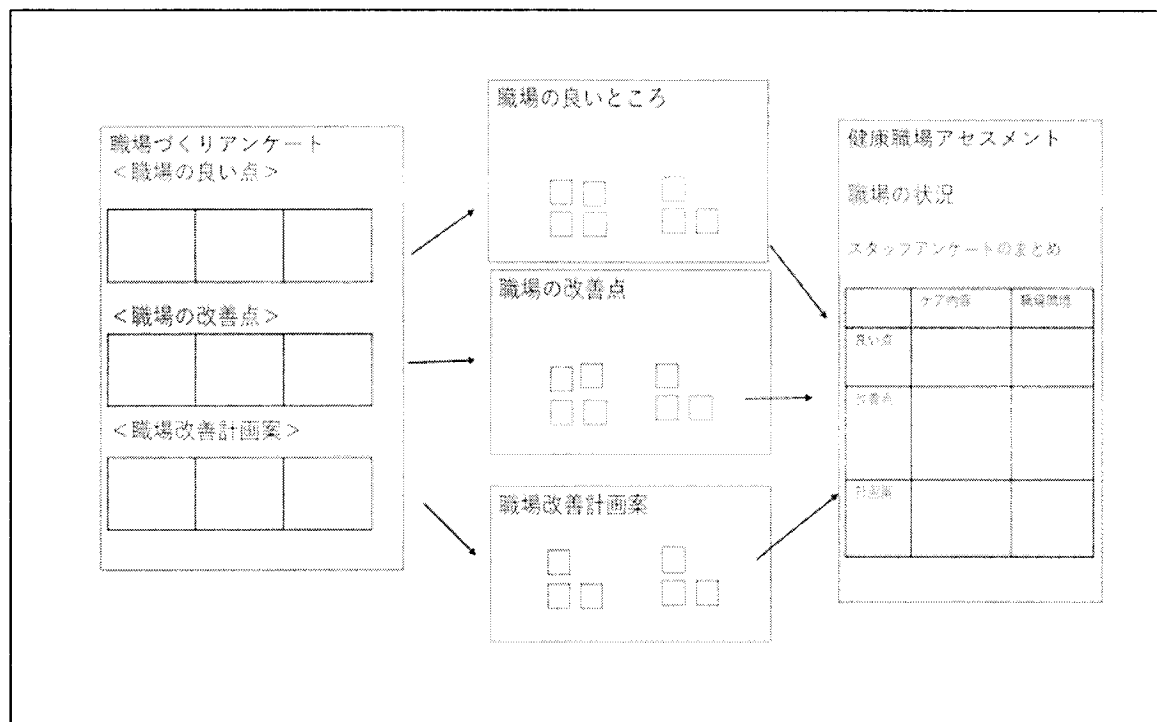
①職場で見直しや改善すべきこと	②職場の見直しや改善すべきこと	③職場の見直しや改善すべきこと

↓

↓

①職場づくり計画案（いつ頃、誰が、どこでやるか等）	②職場づくり計画案（いつ頃、誰が、どこでやるか等）	③職場づくり計画案（いつ頃、誰が、どこでやるか等）

図6 健康職場づくりアンケートの集計と企画書への活かし方



2) 5段階：健康職場づくりアセスメントと健康職場づくり計画の作成

第5回研修会は、実施したアンケートの分析方法やアセスメントや健康職場づくり計画を作成するリーダーをサポートするための話し合いを行った。

リーダーらは、アンケート内容について「自分の職場の課題は書けるが、良いところを書くのは難しいのではないか。」と予想していた。しかし、スタッフは、リーダーが気付かなかった職場の良い点を気づき、認め、アンケートに記載していた。

アンケートの集計作業は、リーダーらが気づいていなかった職場の資源を発見することになった。リーダーらは、今まで、各職場の中で、スタッフや利用者のために配慮し、実践してきたことをスタッフのアンケート結果として、確認できた。具体的には、「職場の良いところ」の回答に、複数から、「(リーダーに) 相談しやすい」などの回答があり、その回答を集計するリーダーらは、「安心した」、「すごくうれしい」など、スタッフに対しての見方や捉え方が、より肯定的に変化していた。つまり、この経験は、リーダーらが、職場環境づくりで大切にしてきたことが、スタッフの視点から表出され、「見える化」されたことになった。これらの経験は、上述のSOC向上に必要な人生経験の「一貫性のある体験」となった。

さらに、アンケートに基づき、健康職場づくりアセスメント(図8)を作成した。さらに、その結果から、リーダーとスタッフ共に、健康職場づくり計画書(図9)は、目的、目標、具体案で構成した。健康職場づくりアセスメントおよび健康職場づくり計画書もアンケート同様に健康生成的志向¹⁹⁾(表6)を活かして作成するように助言した。

具体的には、職場の葛藤やジレンマなどにのみ、注目するのではなく、よりよくしていくための対処方法(知識・技術・サポート資源等)に焦点を当てて考える。また、職場づくりの視点として、現状を一掃するような方法ではなく、職場の状況や環境に適用できる方法を考えるなどである。また、今まであまり取り上げられてこなかったような計画も考えてみる等である。

図 7 健康職場づくりアセスメントシート

健康職場づくりアセスメントシート 職場： _____ リーダー名： _____

I. 職場の状況 (年 月 日 時点)			
要素	人数など		特徴
利用者	要介護 1	名/要介護 2 名	吸痰： 名/経管栄養： 名 認知症： I 名/ II 名 IIIa 名/ IIIb 名 IV 名/ V 名
	要介護 3	名/要介護 4 名	
	要介護 5	名	
	合計	名	
スタッフ	常勤	名/非常勤 名	経験年数： 1 年未満 名/1 年～3 年 名 3 年～5 年 名/5 年～10 年 名 10 年以上 名 経験年数平均 年
	男性	名/女性 名	
	年代：29 歳以下	名/30 歳代 名	
	40 歳代	名/50 歳以上 名	
	合計	名	
II. スタッフアンケート内容のまとめ			
要素	ケア内容など		職場環境など
良い点			
良くなるために 変わりたいこと			
職場で取り組んで みたいこと			

図 8 健康職場づくり活動計画書

健康職場づくり活動計画書	
アンケート等から考えた職場の課題	
1) 目的	
2) 目標	
実施場所・対象者の特徴など	
協力者および活用できる資源	
具体的な内容 (案)	
評価方法 (案)	

3) 6 段階：健康職場づくり計画発表会と活動の開始

第 6 回の研修会は、アセスメントおよび計画書の発表を行った。当日のスケジュールは、図 9 に示す通りであった。発表会は、2018 年 1 月に開催された。参加者は、リーダーのほか、法人の理事長や施設長も参加し、合計 33 名であった。発表は、各部署 10 分で行い、すべての部署の発表後に、質疑応答を行った。その後に、交流会として、夕食を参加者全員で共にした。なお、発表会の会場の配置（図 10）についても、協働がより深まるように劇場型の椅子の配置とした。

アセスメントの内容を表 7 にまとめた。その結果、アセスメント内容は、健康促進要因と健康阻害要因に分けられた。

表 7 職場アセスメントによる職場の健康促進要因と健康阻害要因

	カテゴリ	具体例
健康促進要因	良い職場風土	チームワークが良く、相談しやすい（居宅） 少ない人数で効率よくケアに努めている（特養） 多様な背景の職員がいるため、様々な気づきがある（特養） 職員への研修体制も整備されている（居宅） 休暇などが互いに融通がきき、明るい職場（居宅） 職員間が助け合い、ケアの統一を図ろう（特養） 各係の業務分担が明確である（法人本部） 職員間の基本的関係の構築ができていない（通所介護）
	利用者の思いや生活を尊重したケア	利用者の心身のレベルを下げない心がけをしている（特養） 入所者の生活リズムを尊重したユニットケア（特養） 基本的にスタッフが利用者中心ケアを行っている（通所介護） 利用者への傾聴を基盤にした本位の支援ができていない（居宅） 利用者の存在を感じる楽しい雰囲気がある（法人本部） 小集団のレクリエーションが充実している（通所介護）
健康阻害要因	職員の協力関係の不足	職員間が互いの価値観が認めあえていない（居宅） 職員間の強みや弱みを活かしていない（居宅） 同じ法人でも職場が違っていると名前さえ知らない方がいる（居宅） 職員の入れ替わりが多い（特養） 必要な情報も共有できていないことがある（通所介護） 担当以外の仕事は理解できていない（法人本部）
	職員の知識・技術不足	職員の知識・技術のレベルアップが必要（特養） 職員の知識・技術の質の向上を図る必要性（特養） 内部研修の充実を図る必要性（特養） 介護技術の習得が必要（特養） 介護用品の見直し（特養） 腰痛予防や身体負担軽減が必要（特養） 個々の対応力、知識・技術にばらつきがある（通所介護） ユニットケアに対する理解や意識の差が見られる（特養） 臨機応変な対応が苦手で、ケアが手薄になる（通所介護） 医学的知識不足や介護援助技術の不足（通所介護） 業務に追われて十分な学習の機会を持っていない（通所介護）
	集中する業務負担	ユニット間の人員配置の不具合（特養） 業務分担の容量に偏りがある（法人本部） ユニットにより少ない職員人員配置（特養） 重度の利用者が増加し、職員の身体的負担が大きい（特養） 困難事例が多く、負担感が高い（居宅）

※特別養護老人ホームのアンケート結果：特養、居宅介護支援事業所のアンケート結果：居宅、通所介護事業所のアンケート結果：通所、法人本部事務局のアンケート結果：法人本部

健康促進要因は、【職員の協力関係の充実】、【ケアの質の保証への活動】であった。

【職員の協力関係の充実】の主な具体例は、「チームワークが良く、相談しやすい（居宅）」、

「少ない人数でも効率よくケアに努めている（特養）」、「多様な背景の職員がいるため、様々な気づきがある（特養）」であった。【ケアの質の保証への活動】の主な具体例は、「入所者の生活リズムを尊重したユニットケア（特養）」、「小集団のレクリエーションが充実している（通所）」、「利用者への傾聴を基盤にした本位の支援ができている（居宅）」であった。

健康疎外要因は、【職員の協力関係の不足】、【職員の知識・技術の不足】、【集中する業務負担】であった。【職員の協力関係の不足】の主な具体例は、「職員間の価値観が認められていない（居宅）」、「職員間の強みや弱みを活かしていない（居宅）」であった。【職員の知識・技術の不足】の主な具体例は、「職員の知識・技術のレベルアップが必要（特養）」、「個々の対応力、知識・技術にばらつきがある（通所介護）」であった。【集中する業務負担】の主な具体例は、「ユニット間での人員配置の不具合（特養）」、「業務分担の容量に偏りがある（法人法部）」であった。

健康職場づくり計画について、内容分析を参考にまとめた。その結果は、表8にまとめた。

その結果、【身近な学習資源を活用した学び合いの促進】、【職場の結束力を基盤とした課題解決力の向上】にまとめられた。

【身近な学習資源を活用した学び合いの促進】の主な具体例は、「ケアアセスメントツール（24時間シート）のさらなる活用（特養）」、「腰痛予防の学習教材（DVD）を職員が見る時間をつくる（特養）」、「他施設のユニット見学を実施して、自分のユニットケアに活かす（特養）」であった。

【職場の結束力を基盤とした課題解決力の促進】の主な具体例は、「各ユニットで集まり、意見交換し、目標を立てる（特養）」、「退職者の問題に対応できる職場体制に改善（居宅）」、「法人内の他施設との学びの場を通じて、交流を図る（居宅）」などであった。

発表会についてのリーダーの主な感想は、「職場環境の改善はすぐにでも行いたいと思った。できる範囲で少しずつ進めていきたい。」、「目標設定を行なったことにより、どのように考えているかが分かりやすくなった。」、「みんな、介護に対して意外と勉強したいこと。自信をもって仕事したいのだなと思いました。」、「他者の話を聞くことで共感できること、安心できることがあった。課題についても明確になった。」「他のスタッフが、自分のユニットをどういう風に見ているのかが分かって良かった。」であった。

表8 介護施設の健康職場づくり計画

カテゴリ	具体例
身近な学習資源 を活用した学び合い の促進	ケアアセスメントツール（24時間シート）のさらなる活用（特養）
	腰痛予防の学習教材（DVD）を職員が見る時間を確保する（特養）
	グループ学習により、認知症ケアや感染症などの学習会を行う（通所介護）
	職員全体の対応力、知識・技術を向上させるために、SCLPを実施（通所介護）
	重度の利用者への個別ケアの介助方法の学習会（特養）
	施設内でユニットケアの勉強会を全職員対象に行う（特養）
	他施設のユニットケアを見学し、自分のユニットケアに活かす（特養）
職場の結束力を基盤 とした課題解決力の 促進	各ユニットで集まり、意見交換し、目標を立てる（特養）
	休職者の問題に対応できる職場体制に改善（居宅）
	法人内の他施設との学びの場を通じての交流を図る。（居宅）
	仕事内容を把握し尊重し、仕事を調整し、適宜休暇をとれる体制づくり（居宅）
	コミュニケーションの中から自職場の新たな課題を見つけ取り組む（居宅）
	ユニットリーダー会議での共有（特養）
	来所者にまず明るい挨拶の励行を行う（法人本部）
	各自職務内容を見直し、無駄の改善を図る（法人本部）

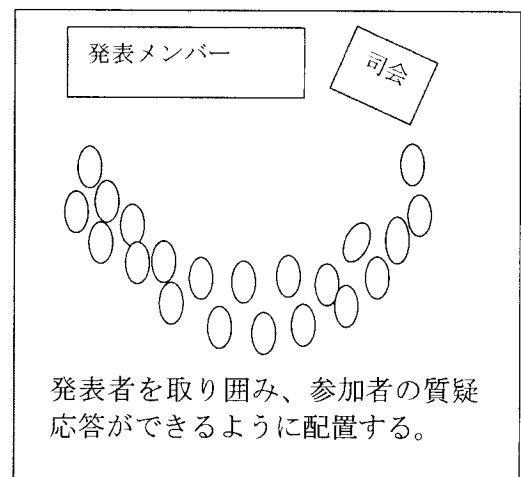
※特別養護老人ホームの計画内容：特養、居宅介護支援事業所の計画内容：居宅、
通所介護事業所の計画内容：通所、法人本部事務局の計画内容：法人本部

図9 健康職場づくり計画発表会レジメ

健康職場づくり計画発表会	
時 間	内 容
17:00～17:05	開会挨拶 理事長
17:05～17:15	ユニットケア型入所施設）A
17:15～17:25	ユニットケア型入所施設）B
17:25～17:35	ユニットケア型入所施設）C
17:35～17:42	在宅介護支援 A
17:42～17:49	在宅介護支援 B
17:49～17:56	通所介護 A
17:56～18:03	通所介護 B
18:03～18:10	法人本部
18:10～18:35	講評
18:35～19:00	交流会

<発表方法>
発表前に所属と発表者の名前を言う。
発表は一人ではなく、なるべく分担をする。
発表は項目ごとに順を追ってポイントを話す。（時間を守る
こと）
質疑応答&講評
質疑応答：10分 講評：1人5分

図10 健康職場づくり計画発表会 会場配置



2. 健康職場づくりをめざしたプロセスにおける研究者の役割

研究者の役割は、アクションリサーチのプロセスから、主観的に振り返りまとめた。

第1期は、リーダーを課題解決のための研修会への「課題の発見」、「査定」、「計画」、「実施」の円環プロセスを辿り、第2期は、当事者であるリーダーが職場づくりを開始するための「課題の発見」、「査定」、「計画」、「実施」の円環プロセスを辿った。

研究者の主観的な振り返りから、研究者の役割は、第1期は、リーダーの課題解決につながる当事者同士の学び合いの場を創ること、第2期は、リーダーが健康生成的アプローチによる職場づくりを開始する場を創ること、と捉えた。また、第1期、第2期を一貫して、健康生成的アプローチを繰り返し、適用したことであった。

第4節 考察

1. 介護施設での健康職場づくりのプロセス

本研究による健康職場づくりに向けたプロセスは、「第1期：リーダー職員の課題解決のためのアクション」を経て、「第2期：職場の課題解決のためのアクション」とまとめられた。本研究のプロセスは、第1期では、リーダーを対象にし、第2期については、リーダーによる職場づくりへの取組みを支援した。これらすべてのプロセスで、健康生成的なアプローチを適用した。

WHOのテクニカルレポート^{20) 21)}よれば、健康職場づくりをめざす継続的な改善プロセス(図11)は、まず円環の中心にETHICS&VALUES(倫理観と価値観)を置き、それを取り囲むようにLeadership Engagement(事業者の関与)とWorker Involvement(労働者の参画)がある。さらにその3要素を取り囲むように、1) Mobilize(動員); 2) Assemble(招集); 3) Assess(査定); 4) Prioritize(優先順位); 5) Plan(計画); 6) Do(実施); 7) Evaluate(評価); 8) Improve(改善)のプロセスを示している。本研究の健康職場づくりのプロセスもWHOの示す健康職場づくりとほぼ同様のプロセスを経ていた。また、本研究を振り返り気づいたことは、「課題の発見」、「査定」、「計画」、「実施」を管理者とリーダーが共にその改善プロセスを回しながら、その中心となる介護職員の倫理観や価値観が明確になったことであった。それは、健康職場づくり発表会の後に行ったリーダーへのアンケート結果として、「目標設定を行なったことにより、どのように考えているかが分かりやすくなった。」、「みんな、介護に対して意外と勉強したいこと。自信をもって仕事したいのだなと思いました。」と記述され、職場の倫理観や価値観がより職場改善プロセスにより明確化した。

本研究における健康職場づくりは、ILOの提唱する「ILO(国際労働機関)が「Decent work for all(すべての人に人間らしい仕事を)」^{22) -23)}の観点からも、大変重要な活動や研究である。しかし、介護施設においては、その活動や研究は未だ進んでいない。本研究により、実証研究としてそのプロセスを明らかにしたことは、介護現場にとり貴重である。

今回、介護施設での健康職場づくりの研究を推進できたのは、一貫して健康生成的アプローチを適用した点にある。研究者は、職場のニーズを把握し、職場の個人や環境の中にある汎抵抗資源 GRRs に目を向け、介護職員や職場に積極的に適応することにより、健康職場づくりへの支援を継続できた。また、リーダーらは、健康生成的アプローチによるアンケートから計画づくりにより、職場に存在する GRRs に目を向け、実行可能な健康職場づくり計画の作成ができた。また、第1期のプロセスは、リーダーは、他部署であるリーダー、つまり、リーダーにとっての重要他者から、共感や承認を受ける機会となった。さらに、第2期においては、リーダーは、健康職場づくりの計画策定過程においては、自職場の介護職員、つまり、リーダーにとっての重要他者から、共感や承認を受ける機会になった。また、健康職場づくり発表会により、法人の理事長や施設長などの管理者、リーダーにとっての重要他者から、更に共感や承認および激励を受ける機会となった。これらの経験は、自分の職場およびリーダーである自分自身を肯定的に捉え、自己効力感の醸成に繋がった。つまり、健康生成的アプローチは、自己肯定感および自己効力感を醸成するアプローチとも関連があると考えた。

バンデューラは、1970年代から、自己効力感と社会的学習理論^{24) - 26)}を提示した。行動獲得のためには社会的モデルを提示すること、また、そのモデルに対する観察に基づく、認知的プロセスをふまえる必要性を提唱した。観察した記憶は、それと類似した状況が生じた際に行動するために用いられる。また、そのモデルの提示者が私たちにとって重要な人であったり、感情的に影響が大きい出来事に基づいたりした場合、より観察の記憶は強くなるとした。本研究の中でも、バンデューラの示す観察学習の機会となり、自己効力が働き、健康職場づくりへの自己効力感により行動獲得できた可能性がある。

本研究の特徴として、第1にリーダーらの課題解決のための研修会を実施し、第2にリーダーが健康職場づくりの推進役となり、健康職場づくりへのアクションを行ったことにある。安梅²⁷⁾は、保健・医療・福祉・教育などにおいて、当事者主体のケア推進のキーワードとして、エンパワメントが注目されると示している。安梅の定義では、エンパワメントとは「元気にする、力を引き出す、そして、共感に基づいたネットワーク化」としている。安梅は、エンパワメントの種類として、セルフ・エンパワメント、ピア・エンパワメント、コミュニティ・エンパワメントの3種類²⁷⁾を示している。セルフ・エンパワメントとは、自らの力を自らで引き出す、エンパワメントの基本となる形を示す。ピア・エンパワメントとは、仲間と一緒に元気になる、力を引き出しあうことである。さらに、コミュニティ・エンパワメントとは、コミュニティやシステムなど、「場」全体の力を引き出す、活性化することを意味する。介護職場での健康職場づくりは、第1にその職場の中心となるリーダーがエンパワメントされ、そのグループでのエンパワメントを基盤とし、職場のエンパワメントへ

発展させることができると考えた。なお、本研究はリーダーによる健康職場づくりが開始されたところで、研究期間を終えているため、次なる研究では、さらに、継続的に見守り、支援していく必要がある。

2. 健康職場づくりへの研究者の役割

健康職場づくりへの研究者の役割は、リーダーの課題解決につながる当事者同士の学び合いの「場」およびリーダーが健康生成的アプローチによる職場づくりを開始する「場」を創ることであった。アクションリサーチの1期では、リーダーの課題解決のための「場」であったが、2期では、リーダーがスタッフらと職場改善を始めるために、リーダー自らがアンケートおよびそのアセスメント、さらに職場づくり計画をスタッフとともに検討する「場」であり、さらにその計画を法人全体で共有する「場」であった。

レヴィン (Levin, K) は、場の理論として、グループダイナミクス理論^{28) -30)} を提唱している。グループダイナミクスとは、グループの中では、人間の意識や行動はそのグループの力による影響や支配を受けるという集団理論 (集団力学あるいは社会力学) を示す。グループダイナミクスは、個人、個人間、環境の3要素から構成され、相互に影響し合いグループ全体の方向性を決定づける。「場の理論」³¹⁾ では、部分としての個人と全体としての集団を相互に依存するダイナミックな関係にあるとし、このダイナミックな構造をもつ空間のことを「場」とよんだ。つまり、集団は決して静的で安定したものでなく、内外でダイナミック (動的) に変化しているものであり、単なる人間の集まりではなく、人間同士の「関係性の集まり」であるとみなした。

「場」の持つ相互性や凝集性の高まりから、リーダーらは、自職場の課題解決への行動を変容させていける方向に迎えることができたと考えた。本研究では、繰り返し健康生成論に基づき、職場の中にある健康に目を向ける健康生成的アプローチに基づく、「場」を創った。健康生成的アプローチもグループダイナミクスの場の理論を更に応用することで、健康職場づくりはより推進されと考えられた。更に研究者の役割をソーシャル・キャピタルの観点からも考察する。職場におけるソーシャル・キャピタルは、社会関係資本とも呼ばれ、「信頼・規範・ネットワークといった組織の特徴であり、人々の協調行動を促進することにより組織の効率を高めるもの」³²⁾ とされる。職場のソーシャル・キャピタル、つまり、職場の一体感やチームワークを高めることが、従業員の心の健康保持・増進にもつながる可能性がある³³⁾ とされる。本研究においては、健康職場づくりの「場」を創り、健康職場づくりのプロセスが、ソーシャル・キャピタルを推進したと考える。

また、Lenneke³⁴⁾ らは、健康生成的な職場 (Salutogenesis in workplace) の観点からも、SOC やストレス対処資源である汎抵抗資源 GRRs を醸成していくためには、学びへの取組み (Learning Processes) が必要であると指摘されている。その学びへの取組みと

して、Individual Learning(個別学習)、Social Learning(社会的学習)、Organisational Learning(組織的な学習)の必要性を示している。つまり、本研究の中でリーダーと取り組んだ健康生成論的協同学習および職場計画づくりは、健康生成的な職場づくりとの見解とも一致した。

介護施設は、勤務体制などの制約はあろうが、健康職場づくりを推進するためには、まず、健康職場づくりを推進しようとする人の集まる「場」を創っていくことが求められる。さらに今後は、施設外からの支援として、介護施設の健康職場づくりを推進しようとする人々（仮称健康職場づくりリーダー）の育成などの「場」を創り、健康職場づくりの推進者の養成していくことが求められ、今後の検討課題である。

第5節 小活

本研究を通して、健康生成的アプローチを適用した介護施設での健康職場づくりのプロセスを明らかにした。明らかになったプロセスは、介護施設での健康職場づくり活動の適用や応用が可能と考えた。また、明らかになった研究者の役割は、健康職場づくりを促進しようとする管理職やリーダー職員の健康職場づくり活動を推進する一助になると考えた。今後は、異なる地域や施設においても、本研修プログラムを活用し、これらの知見を蓄積しながら、介護施設職員のためのSOCの向上と健康職場づくりへのプログラムの有効性を検証する必要がある。

【第4章 引用文献】

- 1) Antonovsky A: Health, Stress, and Coping: New Perspective on Mental and Physical Well-being. Jossey Bass Publishers. San Francisco. 1979.
- 2) Antonovsky A: Unraveling the mystery of health How people manage stress and stay well. Jossey-Bass Publishers. San Francisco (1987)
山崎喜比古・吉井清子（監訳）：健康の謎を解く ストレス対処と健康のメカニズム、初版、1-29、有信堂、東京（2001）
- 3) 安梅勅江 エンパワメントのケア科学—当事者主体のチームワーク・ケアの技法—、第1版、医歯薬出版社、東京（2010）
- 4) Smith, K.A. : Cooperative learning Making “group work” work. In T.E. Sutherland & C.C. Bonwell (Eds.), Using active learning in college classes : A range of options for faculty .New Directions for Teaching and Learning , San Francisco : Jossey-Bass. 67 : 71-82 (1996)
- 5) 清水準一・山崎喜比古：アメリカ地域保健分野のエンパワメント理論と実践に込められた意味と期待. 日本健康教育学会誌 4 (1) : 11-18、1997
- 6) Evelyn Kortun : The Who Global Approach to Protecting and Promoting Health at Work , 23-64 , Caroline Biron, Ronald J. Burke, Cooper CBE, et al: Creating Healthy Workplaces: Stress Reduction, Improved Well-being, and Organizational Effectiveness (Psychological and Behavioural Aspects of Risk), GOWER, USA, 2014
- 7) Decent Work and the Sustainable Development Goals A Guidebook on SDG Labour Market Indicators
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/stat/documents/publication/wcms_647109.pdf
- 8) 四日市市市政概要 平成 30 年度版
<https://www.city.yokkaichi.lg.jp/www/contents/1544683405990/index.html>
- 9) 三重県長寿社会室 介護保険事業者一覧
<http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/23833022856.htm>
- 10) 筒井真優美：研究と実践を繋ぐアクションリサーチ入門. 初版、10-62、ライフサポート社、東京（2010）
- 11) 冷水豊他. : 第1章高齢者社会のコミュニティにおけるアクションリサーチとは何か. 高齢社会のアクションリサーチ：新たなコミュニティ創りをめざして. 秋山弘子編. 初版、32-39、東京大学出版会、東京（2015）
- 12) 佐藤郁也：フィールドワークの技法 問いを育てる、仮説をきたえる、初版、193-217、新曜社、東京（2011）
- 13) ウヴェ・フリック（小田博志監訳）：新版質的研究入門＜人間の科学＞のための方法論、初版、360-362、東京、春秋社（2011）
- 14) 舟島なをみ：質的研究への挑戦、第2版、40 - 79、医学書院、東京（2012）
- 15) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子：ストレス対処力 SOC—健康を生成し健康に生きる力とその応用、40-53、有信堂、東京（2019）
- 16) 安永悟：活動性を高める授業づくり 協同学習のすすめ、初版、67-78、医学書院、東京（2012）
- 17) 青木将幸：リラックスと集中を一瞬でつくるアイスブレイクベスト 50、5-12、ほんの森出版、東京（2014）
- 18) 五十嵐透子、リラクゼーション法の理論と実際、第2版：1-7、医歯薬出版社、東京（2015）
- 19) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子：ストレス対処力—健康を生成し健康に生きる力とその応用、初版、207-221、有信堂、東京（2019）

- 20) Evelyn Kortun :The Who Global Approach to Protecting and Promoting Health at Work ,23-64 ,Caroline Biron, Ronald J. Burke, Cooper CBE, et al: Creating Healthy Workplaces: Stress Reduction, Improved Well-being, and Organizational Effectiveness (Psychological and Behavioural Aspects of Risk), GOWER, USA, 2014
- 21) WHO Technical Report Series
https://www.who.int/biologicals/technical_report_series/en/
- 22) 岸-金堂玲子、森岡孝二：健康・安全で働き甲斐のある職場をつくる 日本学術会議の提言を実行あるものに、初版、1-10、ミネルバ書房、京都（2016）
- 23) Decent Work and the Sustainable Development Goals A Guidebook on SDG Labour Market Indicators
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/stat/documents/publication/wcms_647109.pdf
- 24) アルバート・バンデューラ編、本明覚、野口京子監訳：激動社会の中の自己効力感、初版第 12 版、金子書房、東京（2014）
- 25) A. バンデューラ著、原野広太郎監訳：社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—、オンデマンド版、金子書房、東京（2012）
- 26) 一般社団法人日本健康教育学会編：健康行動理論による研究と実践、64-73、医学書院、東京（2019）
- 27) 安梅勅江：エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法、19-43、医歯薬出版社、東京（2010）
- 28) 杉万俊夫：グループダイナミクス入門 組織と地域を変える実践学、2-10、世界思想社、京都（2013）
- 29) 村嶋幸代編：最新 保健学講座 2 公衆衛生看護支援技 第 6 章 グループ支援に共通する理論、278-307、メジカルフレンド社、東京（2015）
- 30) 中村裕美子：標準保健師講座 2 公衆衛生看護技術 7 章 地域組織活動の展開 地域組織で用いられるおもな概念 、医学書院、216-220、東京（2019）
- 31) クルト・レヴィン（訳：猪俣佐登）：社会的葛藤の解決と社会科学における場の理論Ⅱ 社会科学における場の理論、ちとせプレス、63-86、東京（2017）
- 32) 江口尚：職域におけるソーシャル・キャピタルと健康影響、産業医学ジャーナル、34（2）：94-99（2011）
- 33) 川上憲人・守島基博・島津明人他：健康いきいき職場づくり 現場発組織変革のすすめ、39-43、生産性出版、東京（2014）
- 34) Lenneke Vaandrager and Maria Koelen :Salutogenesis in the Workplace : Building General Resistance Resources and Sence of Coherence (Georg F. Bauer、Gregor J. Jenny : Salutogenic organizations and change: The concepts behind organizational health intervention research)、77-89、Springer; 201(2013)

第5章 介護リーダー職員への健康生成論的アプローチによる健康職場づくりのプロセスとプロダクト(その2:プロダクトを中心に)

第1節 目的

介護施設の健康生成的職場づくりの SOC への効果を検証することを目的とする。同時に SOC 向上効果発現メカニズムの解明を行う。

第2節 対象と方法

1. 対象地域と対象者

研究参加者は、C 法人内の介護施設内で行われた健康職場づくり研修会に参加したリーダー職員 13 名であった。

2. データ収集期間

2017 年 6 月～2018 年 5 月

介護リーダー職員を対象にした健康職場づくり研修会（以下研修会）は、全 6 回で構成され、2017 年 7 月～2018 年 1 月に計画実施した。本研究のデータ収集は、研修会の介入前（以下 t0）、研修会の介入直後（以下、t1）、研修会の終了後 3 か月後（以下、t2）の 3 回であった。

4. 研究参加者

本研究に参加され、t0、t1、t2 の 3 回の調査協力に得られた 13 名とする。

5. 介入方法

介入方法は、第 3 章と同様である。

6. 評価方法

評価は、研修終了直後に自記式質問紙調査を実施した。いずれも、施設内での留め置き調査とした。実施時期は、t0、t1 t2 であった。質問紙には、研修会の前後で結合できるよう ID 番号を付した。

7. 評価指標

(1) 健康職場づくり研修会の評価指標

健康職場づくり研修会の評価は、プログラム評価¹⁾を参考にし、内容評価、参加者の反応、業務や職場へのトランスファー（学習の転移）の評価を行った。

プログラム内容評価は、研修会のテーマ、タッピングタッチ²⁾（リラクゼーション）、健康生成的学習プログラム（ロールプレイ）³⁾、講義内容、健康職場づくり発表会の 5 項目について、「よかった」、「どちらかと言えばよかった」、「どちらかと言えば良くなかった」、「良くなかった」を 4 件法で評価した。

参加者の反応は、「有意義だったか」「負担に感じたか」の 2 項目について、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」「どちらかと言えばそう思わない」「思わない」の 4

件法で評価した。

業務や職場へのトランスファーは、「仕事で活かせるか」、「スタッフとの関わりで活かせるか」「ケアの保持に役立つか」の3項目について、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」の4件法で評価した。

(2) プログラム参加の効果指標

1) 肯定的変化感 passive positive change (以下、PPC) (t1、t2 で測定)

研修会の参加によるストレスへの向き合い方の変化の知覚を測定するため、肯定的変化感 PPC⁴⁾ を測定した。

PPC は、ストレス関連成長を評価する尺度であり、もとは、薬害 HIV 感染や精神疾患の患者を対象とし使用され、「薬害 HIV 感染を受けてから今までにあなたの精神の強さは」などと表記されていた。その後、山崎ら⁵⁾ は、慢性疾患患者自己管理プログラム (CDSMP) のアウトカム評価として使用し、面接調査にて、「ワークショップ参加を通じて何を得ましたか」という質問の回答により尺度を作成した。

本研究においては、健康職場づくりプログラムの参加による肯定的変化感を測定するため、「(プログラム参加により) 自分だけが大変でないという感覚」、「できないことよりもできることに目が向くという感覚」、「仲間と出会ったことによる心強さが得られているという感覚」、「困難な出来事に対しても良い方向に考えられるという感覚」、「困難な出来事をある程度、冷静に受け止められるという感覚」、「これまでできなかった問題に何とか対処できるという感覚」、「いろいろなことを仕事のせいになくなったという感覚」、「少しずつでよい無理しなくてもよいという感覚」、「気持ちが楽になった感覚」の合計 9 項目を 5 件法で測定した。「まったく得られていない」～「おおいに得られた」の 5 件法を用いた。PPC は、9-45 点で下位尺度はなく、PPC の得点が高いほど変化があったことを示す。

2) SOC 尺度 (t0, t1, t2 で測定)

健康職場づくりプログラムによる健康生成力 (SOC) を SOC^{6) 7)} を測定した。

SOC は Antonovsky によって提唱された健康生成論の中核概念である。Antonovsky の定義によれば、首尾一貫感覚 (SOC) は、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される生活 (生活世界) 規模の志向性のことである。それは、第 1 に自分の内外に生じる環境刺激は秩序づけられた、予測と説明が可能であるという確信 (把握可能感)、第 2 にその刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信 (処理可能感)、第 3 にそうした要求は挑戦で、投入しかかわるに値する確信である (有意味感) の 3 つの下位概念⁸⁾ からなる。

SOC 尺度は、13 項目 7 件法で、その下位尺度は「把握可能感」、「処理可能感」、「有意味感」の 3 要因で構成されている。「把握可能感」は、「あなたは、これまでに、よく知ってい

ると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか」、「あなたは、不慣れな状況の中にいる感じ、どうすればよいのかわからないと感じることはありますか」、「あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか」、「あなたは、本来なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか」、「何かが起きるとき、ふつう、あなたは、そのことを過大評価したり、過小に評価したりしてきましたか、あるいは、適切な見方をしてきましたか」の5項目である。「処理可能感」は、「あなたは、あてにしていた人にがっかりさせられたことがありますか」、「あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか」、「どんな強い人でさえ、ときには「自分はだめな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分は「有意味感」は、「あなたは、自分のまわりで起きていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか」、「今まで、あなたの人生は、明確な目標や目的はまったくなかったですか、あるいは、とても明確な目標や目的がありましたか」、「あなたが、毎日していることは、喜びと満足を与えてくれますか、あるいは、つらく退屈な毎日ですか」、「あなたは、日々の生活の中で行っていることにはほとんど意味がない、と感じることがありますか」の4項目である。

得点範囲は13-91点で、高得点ほどストレス対処・健康生成力が高いことを示す。

3) 職場アサーション行動尺度 (t0, t1, t2 で測定)

金子らが開発したアサーション行動尺度⁹⁾の項目についての質問項目について、上司や部下との関係性を付して用いた。アサーション行動は、4因子12項目を7件法で測定した。

「自己主張因子」は、「話合いで（上司や部下に）反対意見を言うことができる」、「話合いで（上司や部下に）に自主的に意見を言うことができる」、「人と意見が違ったとき、自分の意見を言える」の3項目である。「他者尊重因子」は、「相手（上司や部下）の意見を理解するように努める」、「相手（上司や部下）と対等な関係で付き合うことができる」、「相手（上司や部下）にわかりやすいように説明する」、「相手（上司の4項目である。「客観的自己統制因子」は、「ある場面で求められていることがわかれば、それに合わせて自分の行動を調整していくことはたやすい」、「ある場面で他のことが求められていることに気がつけば、それに応じて自分の行動を調整していくことができる」、「自分の置かれたどんな場面でも、そこに求められていることに合うように行動することができる」の3項目である。「説得・交渉因子」は、「上司や部下にお願いしたことが違っていたとき、そのことを言って交渉することができる」、「上司や部下にわからないことを質問することができる」の2項目である。職場アサーション行動高尺度の得点範囲は、12-84点で、高得点ほどアサーション行動が高いことを示す。

4) サービスの質の自己評価尺度 (t0, t1, t2 で測定)

Parasuraman らのサービスの品質尺度 (SERVQUAL 尺度) を福岡が一部修正した11項目¹⁰⁾

を用いた。SERVQUAL 尺度は、Parasuraman らによって開発されたサービス品質の測定尺度であり、物的要素、信頼性、反応性、確信性、共感性の 5 つの次元から構成されている。今回は、この SERVQUAL 尺度を福岡により修正された「利用者は常に私の援助を安全であると感じていた」、「常に最初から援助を正しく行った」、「常にそのようにするといった時間に援助を行った」、「いつ援助が行われるのかを常に利用者に正確に伝えた」、「常に迅速な援助を行った」、「いつ援助が行われるかを常に利用者に正確に伝えた」、「利用者に特定の時間までに行うといったとき常にそのとおりに実行した」、「常に利用者を支援しようとした」、「利用者が問題を抱えているとき常にそれを解決することに対して心から関心をしめした」、「常に心から利用者のためを思っていた」、「常に利用者に個人的な関心を示した」の合計 11 項目を 7 件法で測定した。得点範囲は 11-77 点で、高得点ほどストレス対処力が高いことを示す。

5) 協同作業認識尺度

協同作業の認識の測定には、協同作業認識尺度¹⁴⁾を用いた。本尺度は、3 因子 18 項目、5 件法で測定した。協同効用因子は「グループ（スタッフなど）のために、自分ができることをやるのは楽しい」、「1 人でやるよりも協力した方がよい結果が得られる」、「職場のスタッフを信じていなければ協力できない」、「みんなでいろいろな意見を出し合うことはためになる」、「苦手なことが多い人たちでも協力すればよい結果が得られる」、「複数のスタッフと仕事をすると、スタッフの意見を聞くことができ自分の知識が増える」、「個（人）はいろいろな人との交流をすることでつくられる」、「いろいろなことが上手にできる人は、協力することでもっと上手になる」、「たくさんの仕事でも、みんなでいっしょにやればできる気がする」の 9 項目である。個人志向因子は「みんなで一緒に仕事をすると、自分の思うようにできない」、「グループで仕事すると必ず手抜きする人がいる」、「周りに機遣いしながらやるより 1 人でやるほうが、やりがいがある」、「みんなで話し合っていると時間がかかる」、「人に指図されて仕事はしたくない」、「失敗したときに連帯責任を問われるくらいなら、1 人でやるほうがよい」などの 6 項目の逆転項目である。互惠懸念因子は「協同は仕事の出来ない人たちのためにある」、「優秀な人はわざわざ協同する必要はない」、「弱い者は群れて助け合うが、弱い者にはその必要はない」の 3 項目の逆転項目である。得点範囲は 18-90 点で、高得点ほど協同作業認識が高いことを示す。

6) 共変量

性別、年齢、経験年数、職種、時間外労働時間を尋ねた。

6. 分析方法

健康職場づくり研修会の評価は、質問項目を 4 件法とし、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」を肯定的評価とし、「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」を否

定的評価として分類した。「肯定的変化」と「否定的変化」については、記述統計を行った。

健康職場づくりの効果評価は、指標とした SOC、職場アサーション行動、サービスの質の自己評価、協同作業認識尺度の変化については、対応のある t 検定を行い、介入 3 か月後の各尺度の相関関係を調べた。指標はすべて合計点で比較した。

介入による肯定的変化感 PPC の変化（介入直後、介入 3 月後）の肯定的変化の有無を調べるために、回答肢を「変化なし」、「どちらでもない」、「変化あり」の 3 段階で記述統計を行った。回答肢は、1 を「まったく得られていない」とし、5 を「得られている」としたため、1 および 2 を変化なしとし、3 をどちらともいえないとし、4 および 5 を変化ありとして分類した。

介入による肯定的変化感 PPC により効果を調べるために、介入 3 か月後の肯定的変化感 PPC の中央値をカットオフポイントして、高低 2 群に分け、PPC 高低群内の SOC の推移を二元配置分散分析にて分析し、検討した。

分析には、IBM SPSS25.0 J for windows を用いた。

9. 倫理的配慮

- 1) 研究の実施に先立ち、C 法人の施設長や理事長に対し、研究の趣旨を説明し、了解を得た。プライバシーの保護、研究への協力はいつでも中止できることについて口頭と文書で伝え、協力の意思を確認した。
- 2) 本研究の実施にあたり、四日市看護医療大学倫理委員会（承認番号 96）の承認を得た。
- 3) リーダーの集まる会議で、健康職場づくり研修会を開催したいと考えていることを伝え、研究の参加を募った。その際、研究の一環として健康職場づくり研修会を開催したいと考えていること、研究に参加しなくても研修会はオープンであることも併せて説明し、強制力が働かないように自由参加であることを伝えた。
- 4) 健康職場づくり研修会に参加したリーダー職員に対しては、書面と口頭で同様の内容を伝え、協力の意思を確認した。

第 3 節 結果

1. 分析対象者およびその属性

健康職場づくり研修会の評価の対象者は、20 名中、16 名が回収できたが、t0、t1、t2 と 3 回とも欠損値の無い 13 名を対象とした。表 1 に分析対象者の属性を示す。

表1 研究参加者の属性 (n=13名)

項目	平均 (SD)
年齢	50.69 (9.56)
経験年数	12.00 (4.10)
	n(%)
性別	男 4(30.80)
	女 9(69.20)
雇用形態	常勤 13(100.0)
職種	介護職 11 (87.50)
	ケアマネジャー 2 (12.50)
時間外労働	10時間以内 9 (69.20)
	20～29時間 4 (30.80)

平均年齢 (SD) は 50.69 (9.56) 歳であった。経験年数は参加群 12.00 (4.10) 年であった。性別は、男性が 4 名 (30.80%)、女性が 9 名 (69.20%) であった。雇用形態は、13 名全員が常勤であった。職種は、介護職が 11 名 (87.50%)、ケアマネジャーが 2 名 (12.50%) だった。時間外労働は、10 時間以内が 9 名 (69.20%)、20～29 時間が 4 名 (30.80%) だった。

2. 健康職場づくり研修会の評価 (表2)

健康職場づくり研修会の内容についての肯定的評価は、研修会のテーマは、9 名 (69.2%)、健康生成的協同学習 9 名 (69.2%)、講義内容 11 名 (84.6%)、健康づくり計画発表会 11 名 (84.6%) であり、否定的評価に比べ、肯定的評価が上回っていた。

参加者の反応は、「有意義だったか」についても 12 名 (92.3%)、研修は負担に感じたか 9 名 (69.2%) であった。

業務や仕事への意向は、「仕事や生活に活かせるか」は、12 名 (92.3%)、「スタッフ対応に活かせるか」12 名 (92.3%)、「ケアの質の保持に活かせるか」9 名 (69.2%) が肯定的評価であった。

表2 健康職場づくりの評価 (n=13)

評価項目	否定的評価 n (%)	肯定的評価 n (%)
<健康づくり研修会の内容>		
研修会のテーマ	4 (30.8)	9 (69.2)
健康生成的協同学習	4 (30.8)	9 (69.2)
講義内容	2 (15.4)	11 (84.6)
職場づくり計画発表会	2 (15.4)	11 (84.6)
<参加者の反応>		
研修は有意義か	1 (6.3)	12 (92.3)
研修は負担に感じたか	4(30.8)	9 (69.2)
<業務や仕事への移行>		
仕事や生活で活かせるか	1 (6.3)	12 (92.3)
スタッフ対応で活かせるか	1 (6.3)	12 (92.3)
ケアの質の保持に活かせるか	4(30.8)	9 (69.2)

回答肢は、1～4で、1は、「そう思う」とし、2「どちらかといえばそう思う」、3「どちらかといえばそう思わない」、4「思わない」であった。

1、2を肯定的評価とし、3、4を否定的評価として分類した。

3. 健康職場づくりプログラムの効果評価

(1) SOC および効果指標の変化について (表 3)

介入による SOC、職場アサーション行動、サービスの質の自己評価、協同作業認識の変化を表 4 に示した。SOC の平均値 (SD) は、t0 : 52.08 (±6.34)、t1 : 54.15 (±4.95)、t2 : 53.15 (±9.74) で、t0 と t1 の間で、2.07 点上昇したが有意差はなく ($p=0.089$)、t0 と t2 の間でも有意差はなかった ($p=0.496$)。職場アサーション行動の平均値 (SD) は、t0 : 37.92 (±10.87)、t1 : 45.77 (±7.05)、t2 : 52.46 (±11.01) で、t1 ($p=0.021$)、t2 ($p=0.003$) で正の有意な差があった。サービスの質の自己評価の平均値 (SD) は、t0 : 45.62 (±11.68)、t1 : 49.77 (±11.14)、t2 : 49.00 (±14.22) で、t0 から t1 の間で、4.15 点上昇したが有意差はなく ($p=0.280$)、t2 の間でも有意差はなかった ($p=0.496$)。協同作業認識の平均値 (SD) は、t0 : 68.62 (±10.45)、t1 : 68.00 (±6.06)、t2 : 70.15 (±8.51) で、t0 から t1 の間も有意差はなく ($p=0.822$)、t2 の間でも有意差はなかった ($p=0.563$)。

表 3 SOC、職場アサーション行動、サービスの質の自己評価、協同作業認識の変化 (n=13)

評価指標	介入前 (t0)	介入直後 (t1)	介入3か月後 (t2)	群内比較	
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	t0 vs t1	t0 vs t2
SOC	52.08 (6.34)	54.15 (4.95)	53.15 (9.74)	0.089	0.496
職場アサーション行動	37.92 (10.87)	45.77 (7.05)	52.46 (11.01)	0.021	0.003
サービスの質の自己評価	45.62 (11.68)	49.77 (11.14)	49.00 (14.22)	0.280	0.367
協同作業認識	68.62 (10.45)	68.00 (6.06)	70.15 (8.51)	0.822	0.563

SOC:range 13~91 職場アサーション行動: range 12~84

サービスの質の自己評価 range :11~77 協同作業認識 range :18~90

(2) 介入 3 か月後 (t2) の各評価指標の相関関係について (表 4)

仕事アサーション行動 ($r=0.598$ 、 $p=0.031$)、サービスの質の自己評価 ($r=0.664$ 、 $p=0.013$) で正の有意な相関関係にあった。PPCt2 と仕事アサーション行動 ($r=0.825$ 、 $p=0.001$)、サービスの質の自己評価 ($r=0.733$ 、 $p=0.004$) で正の有意な相関関係にあった。仕事アサーション行動とサービスの質の自己評価 ($r=0.738$ 、 $p=0.004$)、協同行動認識 ($r=0.650$ 、 $p=0.014$) で正の相関関係にあった。サービスの質の自己評価と共同行動認識 ($r=0.662$ 、 $p=0.014$) で正の有意な相関関係にあった。

表 4 介入 3 ヶ月後の評価指標の相関表

相関表 (n=13)			1	2	3	4	5
1	ストレス対処・健康生成力SOC (t2)	相関係数	1				
		P					
2	肯定的変化感PPC(t2)	相関係数	.741**	1			
		P	0.004				
3	仕事アサーション行動 (t2)	相関係数	.598*	.825**	1		
		P	0.031	0.001			
4	サービスの質の自己評価 (t2)	相関係数	.664*	.733**	.738**	1	
		P	0.013	0.004	0.004		
5	協同行動認識 (t2)	相関係数	0.478	0.446	.650*	.662*	1
		P	0.098	0.127	0.016	0.014	

p < 0.05 : * p < 0.01 : **

(2) 肯定的変化感 PPC の変化について (表 5)

介入直後と介入 3 ヶ月後の PPC について、表 5 に示した。すべての項目で、肯定的な変化が得られていないよりも、肯定的な変化が得られている人数が上回っていた。

最も肯定的な変化が得られていた項目は、「自分だけが大変ではないという感覚」であり、t1 の時点では、13 名中 10 名 (76.9%)、t2 の時点では、13 名中 11 名 (84.6%) が肯定的な変化が得られていた。次に肯定的な変化が得られていた項目は、「できないことよりもできていることに目が向く感覚」であり、t1 の時点では、13 名中 7 名 (53.8%)、t2 の時点では、13 名中 8 名 (61.5%) が肯定的な変化が得られていた。t1 の時点で、「仲間に出会った心強さ」、「何事対しても良い方向に考えられるという感覚」、「ある程度、冷静に受け止められるという感覚」、「これまで対処できなかった問題に、なんとか対処できるという感覚」、「いろいろなことをストレス等のせいにしなくなったという感覚」の項目において、13 名中 6 名 (46.2%) が肯定的変化感を得られていた。「少しずつでよい、無理しなくてもよいという感覚」は、t1 時点では、13 名中 5 名 (38.5%) であったが、t2 の時点において、13 名中 7 名 (53.8%) に上昇していた。

表 5 介入直後、介入 3 ヶ月後のプログラム参加による肯定的変化感 PPC (n=13)

肯定的変化感PPC	介入直後 (t1)			介入3か月後 (t2)		
	得られていない	どちらともいえない	得られている	得られていない	どちらともいえない	得られている
① 気持ちが悪くなった感覚	2 (15.4)	8 (61.5)	3 (23.1)	4 (30.8)	5 (38.5)	4 (30.8)
② 少しずつでよい無理しなくてよいという感覚	2 (15.4)	6 (46.2)	5 (38.5)	1 (7.7)	5 (38.5)	7 (53.8)
③ 仲間と出会ったことによる心強さ	1 (7.7)	6 (46.2)	6 (46.2)	2 (15.4)	6 (46.2)	5 (38.5)
④ 自分だけが大変ではないという感覚	0 (0.0)	3 (11.1)	10 (76.9)	0 (0.0)	2 (15.4)	11 (84.6)
⑤ 何事に対しても良い方向に考えられるという感覚	1 (7.7)	6 (46.2)	6 (46.2)	3 (23.1)	5 (38.5)	5 (38.5)
⑥ 物事をある程度、冷静に受け止められるという感覚	1 (6.3)	6 (46.2)	6 (46.2)	1 (6.3)	6 (46.2)	6 (46.2)
⑦ できないことよりもできていることに目が向くという感覚	1 (6.3)	5 (38.5)	7 (53.8)	4 (30.8)	1 (6.3)	8 (61.5)
⑧ これまで対処できなかった問題に、何とか対処できるという感覚	2 (15.4)	5 (38.5)	6 (46.2)	3 (23.1)	6 (46.2)	4 (30.8)
⑨ いろいろなことをストレス等のせいにしなくなったという感覚	1 (6.3)	6 (46.2)	6 (46.2)	2 (15.4)	7 (53.8)	4 (30.8)

PPCは、1と2を「得られていない」とし、3を「どちらでもない」とし、4と5を「得られている」として分類した

(4) 肯定的変化感 PPC の高低群別 SOC の変化について (表 6)

介入 3 ヶ月後の肯定的変化感 PPCt2 の中央値をカットオフポイント (中央値=30) により、31 点以上を高群、30 点以下を低群とする 2 群に分け、群別 SOC の変化を表 6 に示した。肯定的変化感 PPCt2 の高低別による SOC 向上効果について、PPC 低群の SOC は、介入前は 48.57 (6.56)、介入直後 52.43 (5.50)、介入 3 カ月後 47.29 (4.46) であった。PPC 高群の SOC は、介入前 56.17 (3.66)、介入直後 56.17 (3.66)、介入 3 か月 60.00 (9.96) で、介入直後は有意な交互作用効果 ($p=0.097$) は認められなかったが、介入 3 か月後に有意な交互作用効果 ($p=0.024$) が認められていた。

表 6 介入 3 ヶ月後の高低別による SOC の変化 (n=13)

目的変数	条件 (説明変数)	N	介入前	介入直後	介入後3カ月	交互作用効果	
			(t0)	(t1)	後 (t2)	t 0 vs t 1	t 1 vs t 2
			平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	(p)	(p)
SOC	t2PPC 低群	7	48.57(5.56)	52.43 (5.50)	47.29 (4.46)	0.097	0.024
	レベル 高群	6	56.17 (4.71)	56.17 (3.66)	60.00 (9.96)		

※条件は、PPCt2の中央値以下を低群、それ以外を高群とした

第4節 考察

1. 参加者の SOC の状況について

本研究の参加者の SOC の平均値 (SD) は、52.08 (± 6.34) であり、同年代の女性の全国平均が 57.3 (± 11.5) と比べ、5.22 点も低かった。参加者は、リーダー職員として現場業務と並行し、スタッフの育成や調整なども行い、負担感を抱え、SOC が低くなっていると考えられた。介護職員はストレスフルな現状があり、介護職員への健康職場づくりの必要性^{11) -15)} が確認された。

2. 健康職場づくり研修会の評価および SOC への効果について

健康職場づくり研修会の評価は、業務や仕事への意向は、「仕事や生活に活かせるか」、「スタッフ対応に活かせるか」等が役 90% の肯定的評価であったが、SOC への評価としては、介入直後は、2.08 得点、介入 3 か月後においても、1.07 得点の上昇があったものの、正の有意な差は認められなかった。

Langeland ら¹⁶⁾ は、精神障害患者に対し、日常生活の対処場面をお互いに議論をしようトーク・セラピー方法により、SOC への改善に取り組んでいる。

健康職場づくり研修会も前半は、リーダー職員同士の日常的な課題に対し、リーダー間での話し合いで解決できるような学び合いの場として、健康生成的協同学習を位置づけた。健康職場づくり研修会の後半は、リーダー職員が介護職員へ働きかけ、職場改

善していくことを計画した。Delbar ら¹⁷⁾は、患者の抱える問題について個々に看護師が情報を提供し、解決策についての感情を分かち合い、患者が決定したことを実行する為の計画を立てるように働きかけるようにした。結果、SOC 得点は対照群に比べて有意に改善していた。

本研究で取り組んだ健康職場づくりは、リーダー職員間の話し合いを行い、リーダー間同士の仲間意識を図り、その後に、リーダーが自職場の介護職員の意見を聞き、職場改善を行っていくことを支援した。健康職場づくり研修会の評価としては、肯定的評価が大半を占めたが、SOC 向上は上昇傾向に留まった。本プログラムの手法は、WHO の継続的な職場改善のプロセス^{18) 19)}とも一致しているものの、笹原²⁰⁾らの調査なども参考にし、その評価時期や評価項目などについては、今後さらに、検討が必要であると考えた。

3. 健康生成モデルの SOC の形成・強化と肯定的変化感 PPC の関連について

介入 3 カ月後の各尺度との相関関係は、SOCt2 と PPct2 ($r = 0.741$ 、 $p = 0.004$)で、正の有意な相関関係にあった。PPC 高群は低群と比較し、介入 3 か月後の結果、介入直後では、SOC への交互作用効果は認められなかったが、介入 3 か月後では、SOC へ有意な交互作用効果が認められていた ($p = 0.024$)。

これらの結果から、SOC 向上に対して、肯定的変化感 PPC の関与の根拠について、健康生成モデルの SOC の形成・強化^{21) 22)}との関係から考察する。

肯定的変化感 PPC はストレス関連成長と同様に概念でもあり、そのストレス関連成長は、ストレスを受けた後におこる 3 つのポジティブな変化を指す^{23) 24) 25)}。第 1 が社会的資源の強化、第 2 に個人資源の強化、第 3 が、新たな対処スキルの獲得である²⁶⁾。

アントノフスキーは、ストレッサーや緊張に対し、汎抵抗資源 GRRs を動員して、その処理を図ろうとし、その成否が健康を左右し、成功体験は SOC 強化するといっている。

本研究において、プログラム参加により得られた PPC である「自分だけが大変ではないという感覚」、「できないことよりもできることに目が向く感覚」、「物事をある程度冷静に受け止められる感覚」が、人間関係の改善や新たなネットワーク、自己への信頼や理解、感情の調整やコントロールの変化と繋がると考えた。そのため、肯定的変化感 PPC がこれらの汎抵抗資源 GRRs を動員でき、成功体験となり SOC を強化したのであると考えた。以上により、肯定的変化感 PPC は、健康生成モデルにおいて、関連が高い要因であると考えた。

山崎は、SOC は、ストレス対処力概念というよりむしろ「生きる力」概念に近いとし、人間が生きていくうえで、成長、発達し、豊かな人生をつくる上で欠かせない力²⁶⁾とする。また、SOC は、時と場合において、柔軟かつ適切に対処資源を選び取り、動員する力

と位置付けている。PPC は、その対処資源の形成と気づきを得る力とも考えられた。

第5節 小活

本研究では、健康職場づくりによる SOC への効果を検討した結果、肯定的 PPC 高群は低群と比し、SOC 向上への交互作用効果を認めた。しかし、研究の課題として、本研修プログラムは、社会福祉法人内のリーダー職員を対象としたものであったため、異なる特性の施設での研修プログラムの実行可能性や、得られた知見の適応可能性を検討していく必要がある。健康生成的職場改善活動が実施され、その評価に至る時期までの評価を行えていない。職場改善活動そのものにも立ち会い、長期的に評価をしていく必要がある。

【第5章 引用・参考文献】

- 1) ドナルド・マケイン著、霜山元訳：研修効果測定の基本 エバリュエーションの詳細マニュアル、初版、73 - 157、ヒューマンバリュー、東京（2013）
- 2) 中川一郎：タッピングタッチ—こころ・体・地球のためのホリスティック・ケア、57 - 70、朱鷺書房、大阪(2004)
- 3) 山崎喜比古・湯川慶子：日本における慢性疾患自己管理プログラム（CDSMP）が受講者の病ある生活への向き合い方とヘルスアウトカムに及ぼす影響の前後比較デザインによる検討、厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書、2008
- 4) 宇佐美しおり・岡谷恵子・山崎喜比古他：気分障害・不安障害患者へのセルフ・マネジメントプログラム（CDSMP）の運用に関する研究、看護研究、42（5）、371-382、2009
- 5) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子：ストレス対処力 SOC、9-18、有信堂、東京、2012
- 6) 戸ヶ里泰典・山崎喜比古・中山和弘他：13 項目 7 件法 Sence of Coherence スケール日本語版の基準値の算出、日本公衆衛生雑誌、62（5）、232-237、2015
- 7) 山崎喜比古・吉井清子監訳：健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム、20-23、有信堂、東京、2000
- 8) 金子 和弘、今井 有里紗、加藤 孝央他：アサーション行動尺度における信頼性・妥当性の検討、生活科学研究、32：57-66（2010）
- 9) 福岡隆康：サービスの質に与える二重コミットメントの影響 介護サービス施設・事業所の介護職員を対象とした定量的分析、高知県立大学紀要、62 53-70、2013
- 10) 長濱 文与、安永 悟、関田 一彦 他：協同作業認識尺度の開発、教育心理学研究 57(1)、24-37、2009
- 11) 音山若穂、矢富直美：特別養護老人ホームの利用者中心的介護が介護スタッフのストレスに及ぼす影響：季刊社会保障研究、33(1)：80-89（1997）
- 12) 松井美穂：痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス、日本痴呆ケア学会誌、3（1）：21-29（2004）
- 13) 古村美津代、中島洋子、草場智子他：認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難とその関連要因 認知症高齢者グループホームの全国調査から、日本認知症ケア学会誌、13（2）：454-468（2014）
- 14) 畔地良平、小野寺敦志、遠藤忠：介護職員の主観的ストレスに影響を与える要因—職場特性を中心とした検討—、老年社会医学、27（4）：427-437（2006）
- 15) 堀田聰子：介護保険事業所（施設系）のストレス軽減と雇用管理、季刊社会保障研究 46(2)、150-163（2010）
- 16) Langeland E1, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. : The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. Patient Education & Counseling. 2(2):212-9.2006

- 17) Delbar V; Benor DE : Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*. 19(2): 57-75 (2001)
- 18) 川上憲人・守島基博・島津明人他:健康いきいき職場づくり 現場発組織変革のすすめ、39-43、生産性出版、東京 (2014)
- 19) Evelyn Kortun (2014):The Who Global Approach to Protecting and Promoting Health at Work ,23-64 ,Caroline Biron, Ronald J. Burke, Cooper CBE, et al: Creating Healthy Workplaces: Stress Reduction, Improved Well-being, and Organizational Effectiveness (Psychological and Behavioural Aspects of Risk), GOWER, USA
- 20) 笹原信一郎・大井雄一・宇佐美和哉他:職場のメンタルヘルス対策とストレス対処力—健康生成論の活用—、73—77、予防医学、57、2015
- 21) Antonovsky A:Health, Stress, and Coping:New Perspective on Mental and Physical Well-being. Jossey Bass Publishers.San Francusco.1979.
- 22) Antonovsky A:Unraveling the mystery of health How people manage stress and stay well.Jossey-Bass Publishers.San Francisco (1987)
山崎喜比古・吉井清子 (監訳):健康の謎を解く ストレス対処と健康のメカニズム、初版、1-29、有信堂、東京(2001)
- 23) Park, C., Cohen, L. H., & Murch, R.L.: Assessment and prediction of stress-related growth *Journal of Personality*,64.71-105
- 24) 逆井麻里、松田英子:終末期医療に携わる臨床看護職者のストレスとストレス関連成長 (Stress-Related Growth) に関する研究、*The Japanese Journal of Health Psychology* ,22(2):40-51(2009)
- 25) 北山玲子、早野貴美子:震災体験時の看護大学生の対処行動と Sence of Coherence および精神健康状態、ストレス関連成長との関連、東北文化学園大学看護学科紀要、7 (1): 11-26 (2018)
- 26) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典:健康生成力 SOC と人生・社会—全国代表サンプル調査と分析、12-18、有信堂、東京、2017

終章 総合考察

本章では、総合考察として、第1節にて本研究の新規性と意義について述べる。第2節にて、介護職員のSOC向上および健康職場づくりへ提言を行う。第3節にて、本研究の限界と今後の展望についてまとめる。

第1節 本研究の新規性と意義について

本研究では、介護職員のSOC向上と健康職場づくりに着目し、健康生成論的アプローチによるプログラムの開発とその効果の検証を実施した。健康生成論およびSOC研究への新規性および寄与について、3点にまとめる。

第1点は、SOC効果発現メカニズムとして、第3章では「リラックス感」、第5章では「肯定的変化感PPC」との関連を示したことにある。

本研究ではSOC形成・発達のコアとなる汎抵抗資源GRRsを豊富にする働きかけやSOC向上が期待される3つの人生経験（一貫性、バランスの取れた負荷、結果形成への参加）をプログラムに適用し、SOC向上を目的とするプログラムを開発した。その結果、第2・3章で実施した健康生成的協同学習プログラムでの介入前後では、SOC得点は平均1.31点の上昇があり、正の有意な向上が認められた（ $p=0.009$ ）。また、第4・5章で実施した健康生成論的健康職場づくり研修会では、介入直後に有意差はなかった（ $p=0.089$ ）が2.07点上昇は、認められた。

SOCとリラックス感との関連を明らかにできたことは、ストレスを抱えた状況にある当事者にとって、主観的なリラックス感が得られる場所、人間関係、時間などが保持できるような支援等の臨床的な応用につなげやすいことは研究の意義が高いと考える。SOCと肯定的変化感PPCとの関連を明らかにできたことは、肯定的変化感の項目である「自分だけが大変ではないという感覚」や「少しずつで良い、無理しなくても良い感覚」、「できないことよりもできることに目が向く感覚」などの臨床的な場面における具体的な支援がイメージできると考えられる。

健康生成モデルは今なお、検証を待つところの多い仮説的な理論であり、その点においても、本研究は、健康生成論の仮説的な理論に対し、SOCの形成・発達への新たな実証研究に取り組み、かつ、具体的プログラムの開発及びSOC効果発現メカニズムと期待される「リラックス感」、「肯定的変化感PPC」との関連を示すことができたことは健康生成論においても寄与できたと考える。

第2点は、アントノフスキーの提唱した健康生成論的アプローチは、抽象的なレベルでの記述であったが、健康生成論的アプローチを具体化した我が国では初めての研究と言える。健康生成論に元々はらんでいたと考えられる概念であるエンパワメント、参加・協同、モデリング等の概念を統合的に取り入れた初めての研究と言える。

第3点は、本研究はSOC向上を目的とするプログラム開発研究として、介護職員の葛藤や課題について健康生成的アプローチによる学習による教育的アプローチ(マイクロレベル)と、介護リーダー職員への健康生成的アプローチに基づく、健康職場づくりによる環境的アプローチ(メゾレベル)の2つのアプローチを示した我が国では初めての研究と言える。

2つの研究結果から見出された健康生成的アプローチの共通点を4点にまとめる。

第1には参加者により、自己決定した学習内容および職場づくり計画を支援し、実行することにある。具体的には、学習プログラムは、事例内容も実践現場で誰もが経験する事例参加者に事例を説明して、その場の参加者により決定した。また、健康生成的職場づくりにおいても、介護職員へのアンケートに忠実に職場づくり計画が作成できるように支援した。このアプローチは、自己効力感(セルフエフィカシー)の促進となり、職場の葛藤や課題を乗り越える自信となり、SOC向上を支援すると考えられた。また、このアプローチにより、職場の倫理会と価値観の醸成に繋がると考えられた。

第2には、研究者は、常に参加者に参加者の思いや希望を聞き、プログラムの改善を図ることである。これらのアプローチは、「参加・参画」「対話」「問題意識」「仲間意識」そして、「行動」へ広がり、エンパワメントの過程に通じ、SOC向上支援に繋がると考えられた。それは、第5章の結果に見られた肯定的変化感「仲間に出会えたことによる心強さ」「これまでできなかった問題に、何とか対処できる感覚」とSOCが正の相関関係にあることから検証できた。

第3には、参加者がアプローチの中で役割を担うことである。具体的には、参加者に協同学習の司会や書記や、職場づくりのアンケートの実施などプログラムの推進者として参加を促し、研究者と参加者、参加者とそのメンバーが、望ましい意味での依存関係を構築した。これらにより、研究者と参加者、参加者とそのメンバーが、親和的で肯定的で受容的な雰囲気(支持的風土)をつくり、SOC向上を支援すると考えた。

第4には、健康生成論の見方・考え方・捉え方を活かし、職場の課題解決を図ることである。このアプローチは、従来の危険要因の排除や縮小を主とするアプローチと比し、対立・抗争を産まず、平和的な解決策を見出す。結果、健康生成的協同学習においても、健康職場づくりにおいても、管理職も初任者も同じく、参加可能なプログラムになったと考える。

第2節 介護職員のSOC向上および健康職場づくりへの提言

第2節では、第1章から第4章の結果を用いて、介護職員のSOC向上および健康職場づくりへの支援策に関する提言を行う。

介護職員のSOC向上への支援策は、介護施設内での日常的に経験する課題や困難に対して、職員間の対話による学習の場をできる範囲から作り出すことが重要と考える。これは、先に述べた「Decent work for all(すべての人に人間らしい仕事を)」の中でも、社会対話の推進を示しているが、対話による学習の場がSOC向上の源となると考える。また、その対話による学習は、職場のGRRsを活かした「場」にしていくことが継続性や実現可能性の観点も重要と言える。WHOが示す健康職場づくりを目指す継続的な改善プロセスを示すが、その円環は必ずしも最初から職場コミュニティ全体を動員するのではなく、その職場にある汎抵抗資源GRRs (generalized resistance resources) を動員することにある。健康職場づくりを目指す継続的な改善プロセスを介護施設の手の届かないところに置くような手法ではなく、介護職員らに自ら選択できる手の届くツールであることが重要である。

本研究では、介護職員を対象とした学習プログラムとして、健康生成的協同学習を開発した。事例内容は、職員間の人間関係、認知症ケアなど7種類（合計40枚）から介護職員が事例内容選択でき、かつ、1シートが30分程度で実施可能なため、介護施設の状況に応じて実施できる。しかし、今後介護現場での応用としては、ぜひ、この健康生成的協同学習を実際に職場内で行い、健康生成的な対話の場のつくり方を学んでほしいと考える。健康生成的な対話の学習課題は、やはりその職場個々に合わせた内容がより効果的であり、スタッフ個々が考えた学習事例を取り組むことが自己肯定や自己効力を生み、SOCへ繋がると思う。

また、対話による学習の場づくりにおける重要な点は、リラックス感をもたらす支援が求められる。本研究では、リラクゼーションとして、タッピングタッチを用い、20分程度、実施している。本研究でタッピングタッチを取り上げた理由は、介護職員からタッピングタッチを高齢者ケアのアクティビティの1つとして取り組みたいなどの要望があり、介入方法として取り上げた。もちろん、タッピングタッチをスタッフケアにも高齢者ケアにも活かそうとしている施設も現実的にはあった。しかし多忙な施設の中では、タッピングタッチの代替えできるような、リラックス感を高める支援を職場の個々に合わせて考えてほしい。具体的には、対象者となる介護職員間での雑談を楽しむことやお茶を一緒に飲むなどの些細な気遣いが、介護職員のリラックスを高め、リラックス感の開放性や柔軟性が、自身の能力や周囲の資源の存在など汎抵抗資源GRRsを動員する力となり、結果SOCが向上すると思った。

第2に介護施設の健康職場づくりに向けた支援策として、職場全体の意見が反映される仕組みを作っていくために、管理者も介護職員も共に、そのプロセスに関与し、職場全体の価値観や倫理観を明確していくことであると考えた。これは、まさに、WHOの健康職場づくりをめざす継続的な改善プロセスを意味する。その改善プロセスを開始するにあたり、重要であることは、健康生成的アプローチを用いることで、これらの改善プロセスを持続的に実行できると考えた。研究者は、WHOの示す健康職場づくりのプロセスを示されたときに、かなり介護施設にとり、困難で負担感の高い内容であると思われた。しかし、本研究の中で、健康生成的アプローチを用いて、改善プロセスを辿ることにより、高い障壁と思われたことが、実は身近であることに気づかされた。WHOの健康職場づくりのプロセスのスタートはMobilize（動員）であるが、健康生成的に捉えれば、「魔法の弾丸のような解決法を探すのではなく、環境への積極的適応を探ること」と示されるように、まず、身近にいる仲間・すぐ手に入る時間や場所などの汎抵抗資源GRRsに気づけるかが重要である。改善に向けて語り合う場を創ることにより、グループダイナミクスが働き、個人や個人間では解決できなかった職場へのダイナミックな動きが開始されることが考えられた。健康職場づくりを開始しようとする管理者やリーダー職員への提言として、魔法の弾丸のような解決法を探すのではなく、環境への積極的適応を探る、職員同士の改善に向けた小さな語らいの場から、職場全体を参画させる場を継続的に創ることを推奨したい。

なお、本研究において、健康生成力SOCの向上とストレス関連成長SRGでは、SOCの下位尺度である把握可能感と有意な相関関係にあった。具体的には、「仲間と出会えたことによる心強さ」、「何事に対しても良い方向に考えられるという感覚」、「物事のある程度、冷静に受け止められる感覚」、「できないことよりもできることに目が向くという感覚」、「これまで対処できなかった問題に、何とか対処できると思える感覚」であった。これらストレス関連成長は、健康職場づくりをリーダー同士およびリーダーからスタッフへのアンケートや職場づくりの中で得られる経験であり、健康職場づくりの改善プロセスを行う経験そのものが、ストレス関連成長となると考えられる。健康職場づくりを開始しようとする管理者やリーダーは、介護職員への過重負担となり、健康職場づくりがストレスになる可能性を懸念されるであろう。しかし、健康職場づくりが介護職員にストレス関連成長をもたらすことは、本研究で明らかにすることができ、健康職場づくりに向けたアクションの一步を期待したい。

第3節 本研究の限界と今後の展望

1. 本研究の限界と課題

第2章・第3章で示した健康生成的協同学習の評価研究の限界と課題について、8点述べる。

第1にプログラムの1回分の評価であるため、仕事・ケアの実践の質や職場風土への影響に関する評価ができていないことである。

第2に、プログラムの評価項目については、更にプログラムの具体的な改善にむけた評価項目の修正が必要である。

第3に、「職場で実施してみたい」と90%以上の肯定的評価を得たが、実際に介護職場でどの程度、実施できるのか、あるいは、健康生成的アプローチによる学習の手法が活かされた話合い等が実施できているのかについて、参加者への追跡調査やインタビューなどを実施していきたい。

第4に、参加者が安心して話合いができるためのリラクゼーション法としてタッピングタッチは、90%以上の肯定評価であったが、参加者同士が直接触れ合う方法でもあり、対象や場所に応じた手法を適宜適切に、選択できるようにプログラム内容の工夫を検討したい。

第5に、前後比較デザインによる有効性の検証であり、対照群を設けていないことが課題であると考えられる。

第6に、参加者に関する限界として、リクルーティングに機縁法を用いた点、参加希望者のみを対象とした点から、本研究の一般化には注意が必要である。

第7に、介入によるSOC向上効果の持続性の検討という観点からは、追跡が必要であると考えられる。

第8点に、本研究においては、SOCの向上を目的としたが、今後は職場の葛藤や困難および職場風土に関する調査も併せて行っていきたいと考える。

第4・5章で示した健康職場づくりの評価の研究の限界と課題について、2点述べる。

第1に、法人内の介護保険施設を対象に行われたものである。今後は特性の異なる地域や施設でも、同様に実施し、本プログラムで得られた知見が適応可能か検討していく必要がある。

第2に介護職場への環境的アプローチとしての取り組みであったが、その評価に参加したのは、リーダー職員のみであった。環境的アプローチとしては、今後は介護職員（スタッフ）への波及効果まで、明らかにしていく必要があると考える。

2. 今後の展望

今後の研究活動の展望は、介護施設の人材育成に継続して関わってきた三重県や四日市市を拠点に、健康職場づくりを担うリーダーの人材育成を通して、研究活動を継続させていくことである。つまり、今までは、研究者が介護施設に直接介入のみであったが、今後は、健康職場づくりリーダー（仮称）と共に、健康職場づくりによる仕事・ケアの実践の質や職場風土への影響に関する評価を行い、さらに改善していきたい。

現在、本研究成果および研究活動を紹介するホームページを作成しており、年内には完成する予定である。そのホームページから、本研究内容に自由にアクセスでき、介護現場で本プログラムを研修等で活かせるよう、関係諸機関のホームページとリンクし、簡単にアクセスできる環境を作っていきたいと考えている。

謝辞

本博士論文の執筆にあたり、お忙しい中、介入調査にご協力をいただきました介護施設職員の皆さまに心より感謝を申し上げます。

また、山崎喜比古先生は、健康生成論を直接ご教授いただき、健康生成的アプローチを基盤とした研究を目指し、推進させる力をつけていただきました。また、実践現場やその環境などローカルな見地と、WHO、ILO の提言などグローバルな見地を繋げる研究に推進していく力を授けていただきました。また、統計の知識、統計ソフトの活用や英語論文の活用など、研究の初歩から、ご指導いただきましたことに深く感謝いたします。

また、末盛 慶先生、篠田美智子先生には、副査として、貴重なご助言ご指導をいただきました。心より感謝を申し上げます。

そして、博士論文の完成までに、職場の仲間の皆様にも感謝を申し上げます。

また、製造業での職場内学習経験（OJT）が豊富な夫は、介護職場内での学習機会を促進する本研究に対し、当初から助言し、応援してくれました。また、本研究で使用したイラストは、介護職場からのニーズを簡単に口頭で伝えても、的確にイメージを共有し、表現してくれた長女による制作です。このイラストなしには、健康生成論的協同学習はできませんでした。長男には、入職してまもない職員が抱える葛藤についての話を聞き、健康職場づくりの必然性と若手職員をも巻き込む本研究の発想を得ることができました。長期間におよんだ本研究を継続する私の健康を気遣い、また、本研究の意義をいつも信じ支えてくれた家族に感謝いたします。

本研究は、JSPS 科研費 16K04215（高齢者ケアスタッフのための多様な健康生成論的プログラム開発・評価および活用の検証）の一部として、実施いたしました。

本研究に利益相反は存在しません。

資料

【研究1（第1・2章）で使った質問用紙】

I. あなたの考え方や感じ方についてお聞きします（この項目のみ研修前にご回答ください）

【リラックス感】

以下の項目について、あまり深く考えないで、最もよくあてはまる数字に○をつけてください。

	5 とてもよく あてはまる	4 まあまああて はまる	3 どちらとも いえない	2 あまりあては まらない	1 まったくあては まらない
(1) 楽しい	5	4	3	2	1
(2) 気分よく行動できる	5	4	3	2	1
(3) 景色が輝いてみえる	5	4	3	2	1
(4) 自然と笑顔になる	5	4	3	2	1
(5) 幸せな気持ちである	5	4	3	2	1
(6) 不安がある	5	4	3	2	1
(7) 悩み事がある	5	4	3	2	1
(8) 焦りがある	5	4	3	2	1
(9) ゆとりがない	5	4	3	2	1
(10) 周りに気を使う	5	4	3	2	1
(11) ふわっとする	5	4	3	2	1
(12) 体の力が抜けている	5	4	3	2	1
(13) 体の筋肉がほぐれている	5	4	3	2	1
(14) 何も考えずにいる	5	4	3	2	1
(15) ふーっと一息つく	5	4	3	2	1

【アサーション行動】

以下の項目について、あまり深く考えないで、最もよくあてはまる数字に○をつけてください。

	5 とてもよく あてはまる	4 まあまああ てはまる	3 どちらともい えない	2 あまりあては まらない	1 まったくあては まらない
(1) 話し合いで反対意見をいうことができる	5	4	3	2	1
(2) 話し合いで自主的に意見をいうことができる	5	4	3	2	1
(3) 人と意見が違ったとき、自分の意見をいうことができる	5	4	3	2	1
(4) 相手の意見を理解するように努める	5	4	3	2	1
(5) 相手と対等な関係で付き合うことができる	5	4	3	2	1
(6) 相手にわかりやすいように説明する	5	4	3	2	1
(7) 相手を受け入れられる	5	4	3	2	1
(9) ある場面で求められていることがわかれば、それに合わせて自分の行動を調整していくことはたやすい	5	4	3	2	1
(10) ある場面で他のことが求められていることに気がつければ、それに応じて自分の行動を調整していくことができる	5	4	3	2	1
(11) お願いしたことが違ったとき、そのことを言って交渉することができる	5	4	3	2	1
(12) わからないことを質問することができる	5	4	3	2	1

【SOC13】

次の各問いについて、7つの数字のいずれかで答えるようになっていきます。あなたの回答を表す数字に○をつけてください。最少の数字は1、最大の数字は7です。

1を左に書いてあることが、あなたに完全にあてはまらば、1に○をつけてください。7の右に書いてあることが、あなたに完全にあてはまるならば、7に○をつけてください。1でも7でもないように感じるならば、あなたの気持ちを最もよく表す数字に○をつけてください。(それぞれあてはまる数字に1つだけに○)

1. あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか？
 まったくない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくある

2. あなたは、これまでに、良く知っていると思っていた人の、思ってもみなかった行動にビックリさせられたことがありますか？
 まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 いつもそうだった

3. あなたはあてにしていた人がっかりさせられたことがありますか？
 まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 いつもそうだった

4. 今までにあなたの人生には、明確な目標や目的がありましたか？
 まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 とても明確な目標や目的があった

5. あなたは、不公平な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？
 とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない

6. あなたは、不慣れた状況の中にいると感じ、どうすればよいのか分からないと感じることがありますか？
 とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない

7. あなたが毎日していることは、喜びと満足を与えてくれますか？それともつらく退屈ですか？
 喜びと満足を与えてくれる 1 2 3 4 5 6 7 つらく退屈である

8. あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？
 とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない

9. あなたは、人として本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？
 とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない

10. どんな強りでも、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じることはありますか？
 まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 いつもそうだった

11. 何かが起こったとき、ふつう、あなたは、それに対して、
 過大に評価したり、過小に評価してきた 1 2 3 4 5 6 7 適切な見方をしてきた

12. あなたは、毎日の生活で行っていることにあまり意味がない、と感じることがありますか？
 とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない

13. あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？
 とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない

Ⅱ. 研修会の感想についてお聞きます（この項目以降が研修会終了後にご回答ください）

本日はお忙しい中、ご参加いただき、ありがとうございました。よりよい介護現場のスタッフ研修会用プログラムの開発のために、皆様のご意見が伺えれば幸いです。ご協力をお願いいたします。

問1 今日の研修会をどのようにお感じになったかをお尋ねします。以下の①から③までの項目それぞれ該当する番号ひとつに○をつけてください。

①研修会のテーマ

よかった	1	2	3	4	悪かった
------	---	---	---	---	------

②導入（タッピングタッチ）

よかった	1	2	3	4	悪かった
------	---	---	---	---	------

③講義内容

よかった	1	2	3	4	悪かった
------	---	---	---	---	------

④グループワーク

よかった	1	2	3	4	悪かった
------	---	---	---	---	------

問2 あなたは研修全般について理解することができましたか。

- | | |
|---------------------|------------------|
| 1. 理解できた | 2. どちらかといえば理解できた |
| 3. どちらかといえば理解できなかった | 4. 理解できなかった |

問3 あなたは研修全般を楽しく感じられましたか。

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 楽しかった | 2. どちらかといえば楽しかった |
| 3. どちらかといえば楽しくなかった | 4. 楽しくなかった |

問4 あなたは研修全般について有意義でしたか。

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1. 有意義であった | 2. どちらかといえば有意義であった |
| 3. どちらからといえば有意義でなかった | 4. 有意義でなかった |

問5 グループワークでは、経験の振り返りにつながりましたか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

問6 グループワークでは、あなたの気づきや学びにつながりましたか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

問7 グループワークで学んだことは、仕事や生活の上で活かせる内容であった感じましたか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

問8 あなたは、今回のグループワークをあなたの職場で行ってみたいと思いますか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

→回答の理由を教えてください。

問9 今回のグループワークを継続することは、高齢者ケアのためにも重要と思いますか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

→回答の理由を教えてください。

問10 今回のグループワークを継続することで、よい職場の雰囲気づくりに役立つと思いますか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

→回答の理由を教えてください。

問 11 今回のグループワークを継続することで、スタッフのストレス対処力の向上につながると感じますか。

1. そう思う
2. どちらかといえばそう思う
3. どちらかといえばそう思わない
4. 思わない

→回答の理由を教えてください。

問 12 あなたは、本プログラムの参加で何か得られたものはありましたか。得られた内容があれば、どのようなことでもよいので、ぜひ教えてください。また、ご感想などもお書きください。

Ⅱ. あなたの考え方や感じ方についてお聞きます (研修後)

【リラックス感】

問 13 以下の項目について、あまり深く考えないで、あなたの最もよくあてはまる数字に○をつけてください。

	5 とてもよくあてはまる	4 どちらかといえばあてはまる	3 どちらともいえない	2 どちらかといえばあてはまらない	1 まったくあてはまらない
(1) 楽しい	5	4	3	2	1
(2) 気分よく行動できる	5	4	3	2	1
(3) 景色が輝いてみえる	5	4	3	2	1
(4) 自然と笑顔になる	5	4	3	2	1
(5) 幸せな気持ちである	5	4	3	2	1
(6) 不安がある	5	4	3	2	1
(7) 悩み事がある	5	4	3	2	1
(8) 焦りがある	5	4	3	2	1
(9) ゆとりがない	5	4	3	2	1
(10) 周りに気を使う	5	4	3	2	1
(11) ふわっとする	5	4	3	2	1
(12) 体の力が抜けている	5	4	3	2	1
(13) 体の筋肉がほぐれている	5	4	3	2	1
(14) 何も考えずにいる	5	4	3	2	1
(15) ふーっと一息つく	5	4	3	2	1

【アサーション行動】

問 14 以下の項目について、あまり深く考えないで、最もよくあてはまる数字に○をつけてください。

	5 とてもよくあてはまる	4 どちらかといえばあてはまる	3 どちらともいえない	2 どちらかといえばあてはまらない	1 まったくあてはまらない
(1) 話し合いで反対意見をいうことができる	5	4	3	2	1
(2) 話し合いで自主的に意見をいうことができる	5	4	3	2	1
(3) 人と意見が違ったとき、自分の意見をいうことができる	5	4	3	2	1
(4) 相手の意見を理解するように努める	5	4	3	2	1
(5) 相手と対等な関係で付き合うことができる	5	4	3	2	1
(6) 相手にわかりやすいように説明する	5	4	3	2	1
(7) 相手を受け入れられる	5	4	3	2	1
(9) ある場面で求められていることがわれば、それに合わせて自分の行動を調整していくことはたやすい	5	4	3	2	1
(10) ある場面で他のことが求められていることに気がついたら、それに合わせて自分の行動を調整していくことができる	5	4	3	2	1
(11) お願いしたことが違ったとき、そのことを言って交渉することができる	5	4	3	2	1
(12) わからないことを質問することができる	5	4	3	2	1

【SOC13】

次の各問いについて、7つの数字のいずれかで答えるようになっていきます。あなたの回答を表す数字に○をつけてください。最少の数字は1、最大の数字は7です。

1を左に書いてあることが、あなたに完全にあてはまらば、1に○をつけてください。7の右に書いてあることが、あなたに完全にあてはまるならば、7に○をつけてください。1でも7でもないように感じるならば、あなたの気持ちを最もよく表す数字に○をつけてください。(それぞれあてはまる数字に1つだけに○)

1. あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか？
まったくない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくある

2. あなたは、これまで、良く知っていると思っていた人の、思ってもみなかった行動にビックリさせられたことがありますか？
まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 いつもそうだった

3. あなたはあてにしていた人にがっかりさせられたことがありますか？
まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 いつもそうだった

4. 今までにあなたの人生には、明確な目標や目的がありましたか？
まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 とても明確な目標や目的があった

5. あなたは、不公平な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくはない

6. あなたは、不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいのかわからないと感じることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくはない

7. あなたが毎日していることは、喜びと満足を与えてくれますか？それともつらく退屈ですか？
喜びと満足を与えてくれる 1 2 3 4 5 6 7 つらく退屈である

8. あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくはない

9. あなたは、人として本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくはない

10. どんな強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じることはありますか？
まったくなかった 1 2 3 4 5 6 7 いつもそうだった

11. 何かが起こったとき、ふつう、あなたは、それに対して、
過大に評価したり、過少に評価してきた 1 2 3 4 5 6 7 適切な見方をしてきた

12. あなたは、毎日の生活で行っていることにあまり意味がない、と感じることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくはない

13. あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくはない

Ⅲ：あなたご自身についてお聞きします

問 17 あなたの性別、年齢をお尋ねします。

1. 女性 2. 男性 ⇒ ご年齢 _____ 歳

問 18 あなたは、現在の婚姻状況を教えてください。

1. 既婚 2. 未婚 3. 離別 4. 死別

問 19 あなたの取得する資格をお尋ねします。複数取得の場合は該当するものに○を付けてください。

また、主として仕事上での役割は二重丸を付けてください。

1. 介護福祉士 2. ヘルパー（2級、1級） 3. 看護師 4. 社会福祉士 5. 栄養士

6. 理学・作業療法士 7. 介護支援専門員 8. 資格なし 9. その他（ _____ ）

問 20 あなたの介護現場での勤務経験年数をお尋ねします。

現在の施設での経験年数 _____ 年 ⇒ 以前の介護職場経験も含めて全体の経験年数 _____ 年

問 21 あなたの所属する施設の種類をお尋ねします。複数の場合は該当するものに○を付けてください。

また、主として仕事上での業務を行っている施設は二重丸を付けてください。

1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 通所介護事業所

5. 通所リハビリ事業所 6. 訪問看護事業所 7. 訪問介護事業所 8. 居宅介護支援事業所

9. 認知症対応型グループホーム 10. 高齢者専用賃貸住宅 11. その他（ _____ ）

以上でアンケートは終わりです。長い時間にわたってご協力ありがとうございました。

誠におそれいますが、お書き漏れがないかもう一度お確かめのうえ、回収箱に投函をお願いします。

【研究2（第4章）で使用した質問用紙】

※問1・問2に関しては、参加群は、介入前、介入直後、介入3か月後に実施した。非参加群は、介入前、介入3か月後に実施した。

*以下の項目について当てはまる番号に○をつけ、必要事項を記入してください。

【基礎情報】

性別	1. 男性 2. 女性	年齢	歳
経験年数*高齢者介護に関わる仕事に就いてからの総経験年数	年		
配偶者の有無	あり なし	雇用形態	1. 常勤 2. 非常勤
職種	1. 介護職 2. 看護職 3. 役職者 4. 事務職 5. ケアマネジャー 5. 理学療法士・作業療法士 6. 栄養士 7. その他（ ）		
時間外労働 (最近1か月)	1. 10時間以内 2. 20～29時間 3. 30～39時間 4. 40～49時間 5. 50～59時間 6. 60～69時間 7. 70時間以上		

【問1】あなたの人生や生活への感じ方・見方を最もよく表す数字に1つだけ○をつけてください。

- あなたは、自分のまわりで起っていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない
- あなたは、これまでに、良く知っていたと思っていた人の、思ってもみなかった行動にビックリさせられたことがありますか？
いつもそうだった 1 2 3 4 5 6 7 まったくなかった
- あなたはあてにしていた人にがっかりさせられたことがありますか？
いつもそうだった 1 2 3 4 5 6 7 まったくなかった
- 今までにあなたの人生には、明確な目標や目的がありましたか？
とても明確な目標や目的があった 1 2 3 4 5 6 7 まったくなかった
- あなたは、不公平な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？
まったくない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくある
- あなたは、不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいのかわからないと感じることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない
- あなたが毎日していることは、喜びと満足を与えてくれますか？それともつらく退屈ですか？
つらく退屈である 1 2 3 4 5 6 7 喜びと満足を与えてくれる
- あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない
- あなたは、人として本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない
- どんな強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じることはありますか？
いつもそうだった 1 2 3 4 5 6 7 まったくなかった
- 何かが起こったとき、ふつう、あなたは、それに対して、
過大に評価したり、過小に評価してきた 1 2 3 4 5 6 7 適切な見方をしてきた
- あなたは、毎日の生活で行っていることにあまり意味がない、と感じることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない
- あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？
とてもよくある 1 2 3 4 5 6 7 まったくない

【問2】あなたの職場コミュニケーション行動を最もよく表す数字に1つだけ○をつけてください。

1. 話し合い（上司・部下）に反対意見をいうことができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
2. 話し合いで（上司・部下）に自主的に意見をいうことができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
3. 人と意見が違ったとき、自分の意見をいうことができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
4. 相手（上司・部下）の意見を理解するように努める
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
5. 相手（上司・部下）と対等な関係で付き合うことができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
6. 相手（上司・部下）にわかりやすいように説明する
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
7. 相手（上司・部下）を受け入れられる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
8. ある場面で求められていることがわかれば、それに合わせて自分の行動を調整していくことはたやすい
（そんなに難しくない）
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
9. ある場面で他のことが求められていることに気がつけば、それに応じて自分の行動を調整していくことができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
10. 自分が置かれたどんな場面でも、そこ求められていることに合うように行動することができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
11. 上司や部下にお願いしたことが違ったとき、そのことを言って交渉することができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる
12. 上司や部下にわからないことを質問することができる
まったくあてはまらない 1 2 3 4 5 6 7 とてもよくあてはまる

【問3】あなたの利用者への気持ちを最もよく表す数字に1つだけ○をつけてください。

1. 利用者は常に私の援助を安全（及び安心）であると感じていたと思う まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
2. 常に援助は（適時）適切に行った まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
3. 常にそのようにすると言った時間（約束した時間）に援助を行った まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
4. 常に利用者に迅速な援助を行った まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
5. いつ援助が行なわれるのかを常に利用者に正確に伝えた まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
6. 利用者に特定の時間までに行うと言ったとき常にそのとおり実行した まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
7. 常に利用者の具体的なニーズを理解していた まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
8. 常に利用者を支援しようとした まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
9. 利用者が問題を抱えているとき常にそれを解決することに対して心からの関心を示した まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
10. 常に心から利用者のために思っていた まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う
11. 常に利用者に個人的な関心（声掛けや観察など）を示した まったくそう思わない	1	2	3	4	5	6	7	とてもそう思う

【問4】あなたの仕事（ケアや業務）に関する気持ちを最もよく表す数字に1つだけ○をつけてください。

1. グループ（スタッフなど）のために自分ができることをやるのは楽しい まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
2. 1人でやるよりも協力した方がよい結果が得られる まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
3. 職場のスタッフを信じていなければ協力できない まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
4. みんなでいろいろな意見を出し合うことはためになる まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
5. 苦手なことが多い人たちでも協力すればよい結果をえられる まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
6. 複数のスタッフと仕事をすると、スタッフの意見を聞くことができ自分の知識が増える まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
7. 個（人）はいろいろな人との交流をすることでつくれる まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
8. いろいろなことが上手にできる人は、協力することでもっと上手になる まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
9. たくさんの仕事でも、みんなでいっしょにやればできる気がする まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
10. みんなと一緒に仕事をすると、自分の思うようにできない まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
11. グループで仕事すると必ず手抜きする人がいる まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
12. 周りにきづかいしながらやるより1人でやるほうが、やりがいがある まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
13. みんなで話し合っていると時間がかかる まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
14. 人に指図されて仕事はしたくない まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
15. 失敗したときに連帯責任を問われるくらいなら、1人でやるほうがよい まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
16. 協同するのは、仕事のできない人のためである まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
17. 優秀な人たちがわざわざ協同する必要はない まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う
18. 弱い者は群れて助け合うが、弱い者にはその必要はない まったくそう思わない	1	2	3	4	5	とてもそう思う

【問5】あなたの仕事への向かい合い方の感覚がどの程度あてはまるか当てはまる数字に1つにだけ○をつけてください。

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--------|
| 1. (仕事で感じている困難な出来事への) 気持ちが楽になったという感覚が | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 2. (仕事への困難の解決は) 少しずつでよい、無理しなくてもよいという感覚が | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 3. (同じ職場の) 仲間 (リーダー) と出会ったことによる心強さが | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 4. 自分だけが大変なわけではないという感覚が | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 5. 困難な出来事に対しても良い方向に考えられるという感覚が | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 6. 困難な出来事がある程度、冷静に受け止められるという感覚が | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 7. できないこと (できていないこと) より、できること (できていること) に目が向くという感覚が、 | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 8. これまで対処できていなかった問題に、何とか対処できると思えるという感覚が | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |
| 9. いろいろなことを仕事 (の業務負担・職場の人間関係) 等のせいにしなくなったという感覚が | | | | | | |
| 得られていない | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 得られている |
| <hr/> | | | | | | |

【問6】リーダー研修会の感想について、お聞きます。(研修参加群に対し、介入直後のみ実施)

【問6-1】リーダー研修会をどのようにお感じになったかをお尋ねします。以下の①～③までの項目、それぞれ該当する番号に、ひとつ○をつけてください。

①研修会のテーマ	よかった	1	2	3	4	悪かった
②タッピングタッチ	よかった	1	2	3	4	悪かった
③健康生成的協同学習(ロールプレイ)	よかった	1	2	3	4	悪かった
④講義内容	よかった	1	2	3	4	悪かった
⑤健康職場づくり発表会	よかった	1	2	3	4	悪かった

【問6-2】あなたは研修全般について、有意義でしたか。

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1. 有意義であった | 2. どちらかといえば有意義であった |
| 3. どちらからといえば有意義でなかった | 4. 有意義でなかった |

【問6-3】研修会を通して、仲間と学び合ったことは、あなたの仕事や生活で活かせる内容であったと思いますか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

【問3-4】研修会を通して、仲間と学び合ったことは、あなたの仕事のスタッフへの関わりの中で活かせる内容であったと思いますか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

【問3-5】今回のリーダー研修会は、ケアの質の保持に関しても役立つと思いますか。

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらかといえばそう思わない | 4. 思わない |

リーダー研修会の感想や研修会を通じて得られたものなどについてご記入をお願いします。

--

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。誠におそれいりますが、お書き漏れがないかもう一度お確かめのうえ、各自封筒に入れて、回収箱に投函をお願いします。